



Die Gesundheit im Blick

Gesundheitsforschung in der
Europäischen Ethnologie/Volkskunde

Universität Augsburg
Europäische Ethnologie / Volkskunde

Herausgeber

Prof. Dr. Günther Kronenbitter

Redaktion und Layout

Lena Griebhammer M.A., Katja Boser

Titelbild

Offizielles Ausstellungsplakat der „Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden Mai - Oktober 1911“, Entwurf: Franz von Stuck.

Quelle: Deutsches Hygiene-Museum; Fotograf: Volker Kreidler

Anschrift der Redaktion

Europäische Ethnologie/Volkskunde

Universität Augsburg - Universitätsstraße 10 - 86135 Augsburg

Tel.: 0821/598-5482 - Fax: 0821/598-5501

E-mail: volkskunde@phil.uni-augsburg.de

Die Augsburger Volkskunde im Internet

<http://www.philhist.uni-augsburg.de/lehrstuehle/volkskunde/>

Druck

Verlag T. Lindemann - Stiftstraße 49 - 63075 Offenbach

ISSN 0948-4299

Die Augsburger Volkskundlichen Nachrichten erscheinen im Selbstverlag. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Datenträger sowie Fotos übernehmen die Redaktion bzw. der Herausgeber keinerlei Haftung. Die Zustimmung zum Abdruck wird vorausgesetzt. Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung der Redaktion von des Herausgebers nicht übernommen werden. Die gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers zulässig. Das Urheberrecht für veröffentlichte Manuskripte liegt ausschließlich beim Herausgeber. Nachdruck sowie Vervielfältigung, auch auszugsweise, oder sonstige Verwertung von Texten nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers. Namentlich gekennzeichnete Texte geben nicht in jedem Fall die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder.

Vorwort

5

Aufsätze

Auswirkungen medizinischer Aufklärung auf alltagskulturelle Phänomene:

Ein Thema der volkskundlichen Gesundheitsforschung

von Dr. Diana Egermann-Krebs

6

„Ach Sie sind gar keine Medizinerin?“

**Als Europäische Ethnologin unterwegs im Forschungsfeld
,Prothetik‘ und ,(Nicht-)Behinderung‘. Ein Praxisbericht**

von Carolin Ruther M.A.

32

First Steps – Studentische Publikationen

Der schnelle Tod der grausamen Krankheit?

Die Bekämpfung der Kinderlähmung in Bayern 1950–1980

von Alexander Cors

57

„Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit!“

Der Wandel des Tabaks vom Genuss- und Heilmittel zur Gesundheitsbedrohung

von Marina Gaiser

86

Verhütungsmittel in der Nachkriegszeit

Die Rekonstruktion eines gesellschaftlichen Diskurses

von Paul Lonnemann

109

Die deutsche Altenpflege und das Konzept der „Transkulturellen Kompetenz“

von Katja Boser

132

Berichte

147

Interview

Frau Färber im Interview

155

Ausstellungen

159

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Was macht uns krank, was hält uns gesund? Solche Fragen werden in der Öffentlichkeit lebhaft diskutiert, oft kontrovers und meistens auch emotional. Weniger häufig kommt zur Sprache, was eigentlich das Kriterium dafür ist, die körperliche oder psychische Verfassung eines Menschen als Krankheit zu begreifen. Der Blick in die Vergangenheit oder über den Tellerrand Europas und Nordamerikas hinaus führt vor Augen, dass es keineswegs immer selbstverständlich ist, was als „krank“ oder „gesund“ aufgefasst wird. Kulturelle Faktoren, die nicht einfach als anthropologische Konstanten aufgefasst werden können, spielen dabei eine zentrale Rolle. Es ist Aufgabe der empirischen Kulturwissenschaften, diese Dimension der Themen „Krankheit“ und „Gesundheit“ zu analysieren. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur modernen Gesundheitsforschung.

Der Augsburger Lehrstuhl für Europäische Ethnologie/Volkskunde beteiligt sich dementsprechend aktiv am Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung, das im Sommersemester 2015 offiziell eröffnet wird. Die neue Ausgabe der AVN vermittelt einen Eindruck von der breiten Palette an Fragestellungen und Methoden kulturwissenschaftlicher Forschung zu den Themen „Gesundheit“ und „Krankheit“. Carolin Ruther beleuchtet die Forschungsfelder „Prothetik“ und „(Nicht-)Behinderung“ aus der Perspektive der Europäischen Ethnologie, während Diana Egermann-Krebs ein Projekt der volkskundlichen Gesundheitsforschung zum Wandel des medikalkulturellen Alltags skizziert. Aus Lehrveranstaltungen erwachsen sind die Beiträge von Studierenden, die „First Steps“. Abgerundet wird der Streifzug durch die Themenfelder mit Notizen zur Verortung der Gesundheitsforschung im Stadtraum, im Museum, im Gefüge der Zivilgesellschaft und im wissenschaftlichen Diskurs.

Eine angeregte Lektüre wünscht Ihnen

Ihr



Auswirkungen medizinischer Aufklärung auf alltagskulturelle Phänomene:

Ein Thema der volkskundlichen Gesundheitsforschung

von Dr. Diana Egermann-Krebs

Wenn man sich in der Volkskunde oder Europäischen Ethnologie mit dem Thema Gesundheit, Krankheit und Medizin beschäftigt, kommt man mit einer Vielzahl an Begriffen in Berührung, die in diesem Themenfeld kursieren. Zugleich wird klar, dass man sich ebenso mit der Geschichte des Faches auseinandersetzen muss, denn diese zeigt begriffsprägende Phasen, die sich auch auf die Subdisziplinen auswirken. Bezeichnungen wie Ethnomedizin, Medizinethnologie, Medical Anthropology oder Medikalkulturforschung und Volksmedizinforschung werden zum Teil parallel oder synonym verwendet. Dabei ist oft nicht ganz klar, welcher Begriff eigentlich passend wäre. Hinzu kommt die Überlegung, welche Themen denn nun die Europäische Ethnologie/Volkskunde im Bereich Gesundheit, Krankheit und Medizin behandelt. Zunächst soll kurz auf die verschiedenen verwendeten Begriffe eingegangen werden, um eine Orientierung vorzugeben. Diese Erläuterungen werden zwangsläufig weiterführende Fragen zu den Inhalten der volkskundlichen Gesundheitsforschung aufwerfen. Von diesen ausgehend wird ein neues Forschungsprojekt zur medizinischen medialen Vermittlung und dem Wandel der Alltagskultur vorgestellt, das in einem ersten Schritt durch die partielle Auswertung historischer Archivalien erschlossen wurde. In diesem Beitrag wird an nur einem kleinen, aber eindrucksvollen Beispiel, der Händehygiene vorgeführt, wie ein kultureller Wandel und eine Veränderung der alltäglichen Gewohnheiten stattfinden können. Dies geschieht anhand der später beschriebenen Quellen des Bayerischen Hauptstaatsarchivs. Im Gesamtkontext dieses Projektes wurden auch kleinere Teilgebiete als studentische Arbeitsaufträge vergeben.

„Viele Namen für dieselbe Sache?“¹ – Eine begriffliche Orientierung

Der Begriff ‚Ethnomedizin‘ wurde vor allem seit den 1970er Jahren verwendet, als sich die gleichnamige Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin gründete (AGEM).² Dabei wurde der Blick immer auf das ‚Fremde‘ geworfen und ein Vergleich angestrebt.³ Die Ethnomedizin ging im Ansatz stets vom „gesicherten biomedizinischen Wissen“ aus und fragte, „wie fremde Heilpraktiken aus naturwissenschaftlicher Sicht eingeordnet werden sollen.“⁴ Kritisch zu sehen ist bei diesem Vorgehen die Bewertungs- bzw. Abwertungsgefahr, wenn man vom eigenen Heilsystem ausgeht und entsprechende Maßstäbe an andere Heilsysteme legt. Beispielsweise wurde in der Ethnopharmakologie „nach den Wirkstoffen der indigenen Medizin und der Zusammensetzung der verwendeten Substanzen“ gefragt.⁵ Für ein Gelingen fruchtbarer Überlegungen ist die Entwicklung einer kritischen kulturvergleichenden Herangehensweise für die eigene Medizin nötig.⁶

Die von der AGEM herausgegebene Zeitschrift ‚curare‘ führte bis 1978 den Untertitel ‚Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie‘. Seit 2008 führt sie jedoch den Untertitel ‚Zeitschrift für Medizinethnologie/ Journal of Medical Anthropology‘⁷, weil der Begriff Ethnomedizin nicht mehr als zeitgemäß empfunden wurde.⁸ Im Begriff ‚Medizinethnologie‘ dagegen wird bereits durch das Grundwort ‚Ethnologie‘ der methodische Ansatz deutlich und durch das Bestimmungswort ‚Medizin‘ der Gegenstand der Forschung bezeichnet. Dies spricht laut Thomas Lux für ein deutlich gestiegenes

1 Lux, Thomas: Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology, in: Verwey, Martine/Schröder, Ekkehard: 30 Jahre Fachkonferenzen Ethnomedizin, Teil I: Arzt und Ethnologe in sensiblen Forschungs- und Handlungsfeldern (curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie/ Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry Vol. 27/3 2004), S. 197–200.

2 Eckart, Wolfgang Uwe/Jütte, Robert: Medizingeschichte. Eine Einführung, 2. überarb. und erg. Auflage Köln 2014, S. 288.

3 Lux: Viele Namen für dieselbe Sache?, 2004, S. 197.

4 Heidemann, Frank: Ethnologie. Eine Einführung, Göttingen 2011, S. 234.

5 Heidemann: Ethnologie, S. 234.

6 Lux: Viele Namen für dieselbe Sache?, 2004, S. 197.

7 <<http://www.agem-ethnomedizin.de/index.php/home.html>> [Stand: 18.03.2015].

8 Eckart: Medizingeschichte, S. 289.

Selbstbewusstsein der Ethnologen.⁹ Gegenstand und Methode wurden zudem „von vornherein als das Eigene reflektiert.“¹⁰ Mit dem gesamten Repertoire der geistes- und sozialwissenschaftlichen Methoden¹¹ untersucht die Medizinethnologie „die sozialen und kulturellen Dimensionen von Krankheit und Heilung aus einer kulturvergleichenden Perspektive.“¹² Dabei wird davon ausgegangen, „dass in jeder Gesellschaft Krankheit auf eine spezifische Art und Weise wahrgenommen und klassifiziert wird, die Ursachen jeweils benannt und Heilverfahren angewendet werden.“¹³ In der Medizinethnologie wird zwischen Krankheit (disease) als „biomedizinische[] Dimension, die aufgrund westlicher Analyseverfahren ermittelt werden kann, und Kranksein (illness), eine vom Kranken und seinem sozialen Umfeld wahrgenommene – also kulturell informierte – Dimension“ unterschieden.¹⁴ Nach Frank Heidemann kann man so die Medizinethnologie als interpretierend und verstehend und die Ethnomedizin als analysierend und anwendungsbezogen klassifizieren.¹⁵

Inhaltlich entspricht die Medizinethnologie in etwa der ‚Medical Anthropology‘ im englischsprachigen Raum. Allerdings kann der englische Begriff nicht einfach mit ‚Medizinischer Anthropologie‘ übersetzt werden, da diese Bezeichnung im deutschen Sprachgebrauch bereits anderweitig besetzt ist. Viktor von Weizsäcker (1886–1957), der Onkel des ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker (1920–2015), war Physiologe, Internist, Professor für Neurologie und Allgemeine klinische Medizin und wurde „zum Hauptvertreter einer vor ihm kaum bestehenden Medizinischen Anthropologie, zum Vater der psychosomatischen Medizin in Deutschland“.¹⁶ Sein vorrangiges Interesse galt der Medizin mit ihrer Funktion in der

9 Lux, Thomas: Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology, in: Ders. (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, Berlin 2003, S. 10–30, S. 15.

10 Lux: Viele Namen für dieselbe Sache?, 2004, S. 197.

11 Lux: Viele Namen für dieselbe Sache?, 2004, S. 197.

12 Heidemann: Ethnologie, S. 234.

13 Heidemann: Ethnologie, S. 234.

14 Heidemann: Ethnologie, S. 235.

15 Heidemann: Ethnologie, S. 234.

16 Hoffmann, Sven Olaf: Viktor von Weizsäcker: Arzt und Denker gegen den Strom, in: Deutsches Ärzteblatt 2006; 103(11): A 672–674, <<http://www.aerzteblatt.de/archiv/50616/Viktor-von-Weizsaecker-Arzt-und-Denker-gegen-den-Strom?src=search>> [Stand: 19.03.2015]. Er war Professor für Neurologie in Heidelberg und Breslau und später wieder Ordinarius für Allgemeine klinische Medizin in Heidelberg.

Gesellschaft, der Rolle des Arztes und die Beziehung von Arzt und Patient, also der Stellung des Patienten in der Medizin. Dabei setzte er auf die biographische Methode, um den Kranken und die Krankheit besser zu verstehen, und er sah die Beziehung zwischen Arzt und Patient als hochwichtig an. Weizsäcker erhoffte sich eine Reform in der Medizin. Allerdings kam es schließlich zur Einführung der ‚Psychosomatischen Medizin‘ als neuem Spezialfach.¹⁷

Ergänzend sei noch auf die ‚Kritische Medizinethnologie‘ (critical medical anthropology) hingewiesen. Bei dieser löst man sich von lokalen Forschungsgegenständen und „untersucht Krankheit und Gesundheit im Kontext von Globalisierung, Politik und Gesundheitswesen.“¹⁸ Damit wird „ein politisiertes Verständnis von Medizin zu Grunde gelegt“¹⁹ und die Medizinethnologie betrachtet gesundheitliche Phänomene im Kontext politisch-ökonomischer und sozialer Kräfte. Die Kritische Medizinethnologie betont die „Wichtigkeit der makrosozialen Rahmenbedingungen von Krankheit“.²⁰

Nachdem nun die Grundzüge der Ethnomedizin, der Medizinethnologie, der Medizinischen Anthropologie und der Kritischen Medizinethnologie dargestellt wurden, die sich insgesamt eher auf die Ethnologie beziehen, stellt sich für das Fach Europäische Ethnologie/Volkskunde die Frage: Was ist volkskundliche Gesundheitsforschung? Der Begriff stammt von Eberhard Wolff, einem der führenden Forscher auf diesem Gebiet. Wie es zu dieser Bezeichnung kam, ist verständlicher, wenn man einen Blick in die Geschichte des Faches wirft.

Von der Volksmedizinforschung zur volkskundlichen Gesundheitsforschung

Die Auseinandersetzung mit Gesundheit, Krankheit und Medizin war lange Zeit eher ein Randbereich in der Europäischen Ethnologie/Volkskunde. Die Anfänge der Teildisziplin liegen im ausgehenden 19. Jahrhundert, als

¹⁷ Hoffmann: Viktor von Weizsäcker, A 672–674.

¹⁸ Heidemann: Ethnologie, S. 236.

¹⁹ Heidemann: Ethnologie, S. 235 f.

²⁰ Dilger, Hans-Jörg/Hadolt, Bernhard: Medizinethnologie, in: Beer, Bettina/Fischer, Hans (Hg.): Ethnologie. Einführung und Überblick, siebte überarb. und erw. Aufl. Berlin 2012, S. 309–329, S. 319 f.

überwiegend Ärzte volksmedizinisches Wissen gesammelt und damit lange Zeit das vorherrschende Bild von Volksmedizin in der Öffentlichkeit geprägt haben.²¹ Erst Anfang des 20. Jahrhunderts entstand im Fach Volkskunde die Subdisziplin der Volksmedizinforschung, bei der nun Volkskundler die Sammlungen der Ärzte auswerteten und selbst weiter sammelten.²² Durch das ärztliche Sammeln wurde allerdings eine bestimmte Perspektive vorgegeben.²³ Wohl eines der ältesten und zu einem richtigen Klassiker gewordene Werk, das mittlerweile auch digital verfügbar ist, ist die 1843 herausgegebene „Encyklopädie der gesamten Volksmedizin“ des Rostocker Arztes Georg Friedrich Most. Most behandelte hier beispielsweise Vergiftungen aufgrund tierischer, pflanzlicher und metallischer Gifte. Das Thema Scheintod und die diversen Behandlungsmöglichkeiten, je nachdem, wodurch der Scheintod hervorgerufen wurde, nahmen einen großen Raum ein.²⁴ Most kann als ein Beispiel für viele derart ähnlich gestaltete Werke dienen.²⁵ Die sammelnden Ärzte hatten bereits während ihres Sammelns den Grundstein für den Gegensatz zwischen der ‚Volksmedizin‘ und der sogenannten ‚Schulmedizin‘ gelegt. Most vertrat die Ansicht, „die Volksmedizin sei ‚instinktiv‘ entstanden und somit [bestehe] ein Gegensatz zur ‚verstandesmäßig‘ erzeugten akademischen Medizin“.²⁶ Dabei wurde zudem in kuriose und nützliche Heilmittel unterschieden. Mit dieser bereits vorab bestehenden Priorisierung in volksmedizinische und akademische Praktiken, filterten die Wissenschaftler das ihnen zugetragene Material. Nichtpassendes wurde bei den volksmedizinischen Sammlungen ausgeblendet, denn von

21 Unterkircher, Alois: „Medikale Kultur“ – zur Geschichte eines Begriffes und zur Einführung in diesen Band, in: Ders. (Hg.), *Medikale Kulturen* 2008, S. 7–23.

22 Unterkircher: „Medikale Kultur“, S. 8.

23 Dies ist ähnlich wie in der Ethnomedizin, wo bereits Erich Drobec 1955 bemängelte, dass den Ärzten im Kontakt mit anderen Völkern der ethnologische Blick fehle. Drobec, Erich: *Zur Geschichte der Ethnomedizin* (Reprint 1955), in: Schröder, Ekkehard/Kutalek, Ruth: *30 Jahre Fachkonferenzen Ethnomedizin, Teil II: Bausteine für eine Medizinethnologie zu Hause* (curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie/Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry Vol. 28/1 2005), S. 3–10.

24 Most, Georg Friedrich: *Enzyklopädie der gesamten Volksmedizin oder Lexikon der vorzüglichsten und wirksamsten Haus- und Volksarzneimittel aller Länder*, Leipzig 1843 (Neuaufgabe Graz 1973); online unter <http://www.textlog.de/volksmedizin.html> [Stand: 23.3.2015].

25 Eine Aufzählung findet sich bei Grabner, Elfriede: *Volksmedizin*, in: Brednich, Rolf W. (Hg.), *Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*, zweite überarb. und erw. Auflage Berlin 1994, S. 493–518, hier S. 493–496.

26 Hausschild, Thomas: *Zur Ideengeschichte der Ethnomedizin*, in: Schröder, Bausteine für eine Medizinethnologie, S. 15–21, hier S. 16.

Interesse war die ‚volksmäßige Heilkunde‘, bezogen auf die klassisch bäuerlichen Unterschichten. Berührungspunkte mit der Schulmedizin wurden dabei übergangen. Es wurde angenommen, die gesamte Volksmedizin einer Region rekonstruieren zu können.²⁷ Diese Vorgehensweise passt in den historischen Zeitgeist, als es um die Professionalisierung der Medizin und ihrer Abgrenzung gegenüber anderen Heilangebietern ging. Zum Teil wollten die Ärzte tatsächlich feststellen, ob es Heilmethoden außerhalb der akademischen Medizin gab, die es näher zu untersuchen galt bzw. wie Most es formulierte, sollte der „tüchtige Arzt die Volksmedizin, die Haus- und Volksarzneimittel, nicht verachten, vornehm bespötteln und geringschätzen, sondern kennen lernen, untersuchen und prüfen [...], ob darin nicht manches Goldkorn vergaben liege“ und eine Bereicherung für die medizinische Wissenschaft sei.²⁸ Zum anderen Teil ging es Ärzten um die Ausmerzung des Aberglaubens.²⁹ Man definierte die Volksmedizin als „alle von alters her überkommenen Heilmethoden und Krankheitsvorstellungen des Volkes im Gegensatz zur Heilwissenschaft und zur Kunst der Ärzte“. So formulierte es Max Neuburger 1908 im Vorwort des Werkes „Vergleichende Volksmedizin“ der Wiener Ärzte Oskar von Hovorka und Adolf Kronfeld. Sie hatten bereits eine andere Zielsetzung als Most, denn sie wollten gegen das „verderbliche[] Wirken“ und den „unglaublich dumme[n] Aberglaube[n]“ vorgehen und die Spreu vom Weizen trennen.³⁰ Die nun gesetzte scharfe Trennung zwischen der Volksmedizin und Schulmedizin hielt sich lange Zeit in der Forschung.

Die bisherige Forschungstradition blieb, trotz Kritik des Medizinhistorikers Paul Diepgen um 1930,³¹ weiterhin wirkmächtig und es wurde in diesem Stil weitergesammelt,³² bis schließlich ab den 1970er Jahren erneut und verstärkt

27 Unterkircher: „Medikale Kultur“, S. 9.

28 Most: Enzyklopädie, Vorrede, <<http://www.textlog.de/most-medizin-vorrede.html>> [Stand: 24.03.2015].

29 Eckart: Medizingeschichte, S. 371.

30 Hovorka, Oskar; Kronfeld, Adolf: Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zauberméizin, Stuttgart 1908, S. 898–902; Grabner: Volksmedizin, S. 496.

31 Er übte Kritik am positivistischen Sammeln. Ihm fehlte die Erforschung der Wege, auf denen die Überlieferung gewandert sind, woher sie gekommen sind und was sie beeinflusst hat – ob von der Bevölkerung schulmedizinisches Wissen angewandt wurde, wurde bei dieser Sammeltätigkeit ja oft bewusst negiert. Zudem setzte er sich bereits 1928 mit dem Punkt der hart umstrittenen Beziehungen zwischen Volksmedizin und Schulmedizin auseinander.

32 Grabner, Elfriede: Grundzüge einer Ostalpinen Volksmedizin (Mitteilungen des Instituts für Gegenwartsvolkskunde 16), Wien 1985.

kritische Stimmen aufkamen.³³ Ziel war es nun, den Forschungskontext zu erfassen, wegzukommen von unscharfen Begrifflichkeiten und ahistorischen Annahmen.³⁴ So wie das Gesamtfach „Abschied vom Volksleben“ nahm,³⁵ wollte auch die Teildisziplin der Volksmedizin den diffusen und vorbelasteten Volksbegriff sowie die veralteten Ansätze überwinden.³⁶ Das Öffnen für andere Themen, Fragen und Methoden leitete unter anderem einen Perspektivenwechsel ein. Statt von der Volksmedizin wurde nun von der medialen Kultur gesprochen.³⁷ Mit dem Konzept der medialen Kultur konnte nun nicht mehr nur die Sichtweise der professionalisierten Heilkunde eingenommen werden, sondern umgekehrt die des Betroffenen.³⁸ Hinzu genommen wurden außerdem Versatzstücke der amerikanischen Kulturanthropologie nach Clifford Geertz wie beispielsweise die Vorstellung, dass es sich bei einer Krankheit um ein kulturelles oder soziales Konstrukt handele, ohne dabei die Relevanz biologischer Prozesse für Krankheitsphänomene grundsätzlich in Frage zu stellen.³⁹

Mit diesem Wechsel stellte sich nun jedoch die Schwierigkeit einer neuen Bezeichnung, die der Vielfalt des Teilfaches gerecht wird. Dieser Prozess kann keineswegs als abgeschlossen gelten, auch wenn heute weitgehend Konsens über die Verwendung des Begriffes „volkskundliche Gesundheitsforschung“ besteht.⁴⁰ Diese Bezeichnung gilt als neutraler Oberbegriff für die gesamte Forschungslandschaft, in der nun zwei Teilbereiche zusammenlaufen. Zum einen spielen bei modernen Arbeiten vor allem Aspekte der medialen Kultur eine Rolle, so dass hier durchaus von ‚Medikalkulturforschung‘ gesprochen

33 Schenda, Rudolf: Volksmedizin - was ist das heute?, in: Zeitschrift für Volkskunde 69 (1973), S. 189–210.

34 Unterkircher: „Medikale Kultur“, S. 8.

35 Geiger, Klaus u. a. (Hg.): Abschied vom Volksleben (Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen 27), Tübingen 1970.

36 Wolff, Eberhard: „Volksmedizin“ – Abschied auf Raten. Vom definitorischen zum heuristischen Begriffsverständnis, in: Zeitschrift für Volkskunde 94 (1998), S. 209–233.

37 Eckart: Medizingeschichte, S. 372; Alber, Wolfgang/Dornheim, Jutta: „Die Fackel der Natur vorgetragen mit Hintansetzung alles Aberglaubens“. Zum Entstehungsprozeß neuzeitlicher Normsysteme im Bereich medialer Kultur, in: Held, Jutta (Hg.): Kultur zwischen Bürgertum und Volk (Das Argument 103), Berlin 1983, S. 163–181.

38 Unterkircher: „Medikale Kultur“, S. 10–14; Eckart: Medizingeschichte, S. 372.

39 Eckart: Medizingeschichte, S. 372.

40 Zunächst hatte Jutta Dornheim für eine „Volksmedizin in Erweiterung“ plädiert. Dornheim, Jutta: Zum Zusammenhang zwischen gegenwarts- und vergangenheitsbezogener Medikalkulturforschung. Argumente für einen erweiterten Volksmedizinbegriff, in: Barthel, Günther (Hg.): Heilen und Pflegen (Hessische Blätter für Volkskunde und Kulturforschung, NF 19). Marburg 1986, S. 25–41.

werden kann. Zum anderen steht nicht mehr nur die bauerliche Schicht und begrenzte (vermeintliche) volksmedizinische Praktiken im Fokus, sondern das ganze Spektrum der Beteiligten, Patienten wie Heiler unterschiedlicher Professions- und Ausbildungsart (Ärzte, Hebammen, Pflegekräfte), verschiedene Gruppen (Selbsthilfegruppen, Gesundheitsvereine) und Praktiken sowie Institutionen wie Krankenkassen und andere rahmengebende Faktoren sind für den Forscher interessant geworden. Forschungsgegenstände, Fragestellungen und Problembewusstsein haben sich geändert.⁴¹ Als Beispiel für die neue Herangehensweise kann Jutta Dornheims Studie gelten. Dornheim untersuchte den Umgang mit einer lebensbedrohlichen Krankheit wie Krebs auf dem Land und band dabei die Sichtweisen der Betroffenen, des Umfeldes und der Ärzte mit ein.⁴² Daneben können natürlich auch heute noch Arbeiten entstehen, die der Volksmedizinforschung zugerechnet werden können, wie beispielsweise Bücher mit reißerischen Titeln wie „Rattenschwanz und Schneckenschleim“ oder „Volksmedizin zwischen Zauber und Magie“.⁴³ In einem Satz lässt sich also festhalten, dass es eine große Entwicklung im Fach von der traditionellen Volksmedizinforschung zur volkskundlichen Gesundheitsforschung gegeben hat.

Wandel der medikalen Alltagskultur durch Wissensvermittlung : historische und gegenwärtige Perspektiven

In dem breiten thematischen Spektrum der volkskundlichen Gesundheitsforschung siedelt sich auch das aktuelle Forschungsprojekt zum Wandel der medikalen Alltagskultur an. Es werden die zentralen Fragen gestellt, wie und vom wem mit welchen Interessen medizinisches Wissen an die Bevölkerung vermittelt wird und welche Konsequenzen und Wandlungen sich dabei für den Alltag ergeben. Kurz gesagt: Wie wirken sich medizinischer Fortschritt, gesundheitspolitische Strukturen und die mediale Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen auf die Alltagskultur aus?

41 Wolff, Eberhard: Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und »Volksmedizin«-Forschung, in: Brednich, Rolf W. (Hg.), Grundriss der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie, 3. erw. Auflage Berlin 2001, S. 617–635.

42 Dornheim, Jutta: Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs, Tübingen 1983.

43 Pohl-Sennhauser, Ida: Rattenschwanz und Schneckenschleim. Aberglaube oder vergessene Volksmedizin?, Wien 2007; Koch, Leopold: Volksmedizin zwischen Zauber und Magie. Wiederentdecktes Heilwissen aus einem Brauchbuch des 17. Jahrhunderts gefunden in Völkersbach, Heidelberg 2012.

Um sich dem Thema der Wissensvermittlung allgemein und speziell der über den Körper, Gesundheit und Krankheit zu nähern, ist es hilfreich, einen Blick ins ausgehende 19. Jahrhundert zu werfen und sich die Geschichte und Entwicklung des Deutschen Hygienemuseums in Dresden anzusehen. Das Museum war ein Vorreiter und ist nach wie vor eine herausragende Institution, in Bezug auf die Aufklärung über Körper, Krankheiten und Gesundheit. Das Museum entstand im Kontext des Zeitgeistes Ende des 19. Jahrhunderts.

1871 wurde die „Chemische Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege“ in Dresden eingerichtet. Sie war die „erste ihrer Art in Deutschland“. ⁴⁴ 1883/84 hatte der Sächsische Landtag über die Errichtung eines Gesundheitsmuseums diskutiert und seit 1884 gab es einen Lehrstuhl für Hygiene an der Dresdner Technischen Universität. In diesem bereits auf das Thema ‚Hygiene und Gesundheit‘ sensibilisierten Klima, gelang Karl August Lingner (1861–1916), dem späteren Gründer des Museums, zunächst mit seiner Erfindung des Odol Mundwassers ein Durchbruch. Er hatte damit den Geist der Zeit getroffen. Die Tuberkuloseerreger waren gerade erst entdeckt worden und gefürchtet. Lingner nutzte folglich diese neuen Entdeckungen der Wissenschaft und die entstandene Angst vor den Bakterien. Dazu bediente er sich im stärkeren Maße als es je zuvor betrieben wurde der Reklame. Er setzte gezielt Werbung für sein Mundwasser ein. ⁴⁵ Lingner hatte Ideen und Vorstellungen darüber, wie er die Menschen aufklären wollte und setzte bei der Zahnhygiene ein. 1900 schuf er eine „Zentralstelle für Zahnhygiene“ und es folgten weitere Gründungen von Instituten, Lesehallen usw.. 1903 konzipierte er die Ausstellung „Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung“ und zeigte diese 1911 bei seiner initiierten I. Internationalen Hygieneausstellung. ⁴⁶ Die Mischung der Beteiligten aus Wissenschaftlern und Industrievertretern, alle mit echtem Aufklärungswillen, führte schließlich auch zum späteren Museum. Es wurde angenommen, wenn die Menschen über ihren Körper Bescheid wüssten, wenn sie nur gut informiert wären, dann würden sie verantwortungsbewusst und richtig mit ihm umgehen. Um 1900 trug auch der Gedanke, dass jeder

⁴⁴ Vogel, Klaus: Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 1911–1990, Dresden 2003, S. 15.

⁴⁵ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 16.

⁴⁶ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 14, 16.

Einzelne ein Teil des großen und ganzen ‚Volkskörpers‘ sei, dazu bei, die Aufklärung voranzutreiben, um diesen gesamten Volkskörper zu schützen und gesund zu halten, indem die einzelnen Mitglieder aufgeklärt auf sich achteten.⁴⁷

Eine Besonderheit der I. Internationalen Hygieneausstellung war der Aspekt, Einblicke in den Körper zu gewähren. Der Körper sollte nicht mehr nur ‚angeschaut‘ werden, sondern direktgehend ‚durchschaut‘. Symbolisch passte demzufolge das Hygiene-Auge als künftiges Signet des Museums sehr gut.⁴⁸ Mit Hilfe von Mikroskopen und Röntgenstrahlen war es möglich den Körper oder Körperteile zu durchschauen. Gerade die Entdeckung letzterer war eine Sensation, konnte doch so das „Totenskelett bei lebendigem Leibe“ gesehen werden.⁴⁹ Hinzu kam ein weiteres spektakuläres Verfahren, um den Körper ‚durchsichtig‘ zu machen: die Spalteholz-Präparate, benannt nach ihrem Entwickler, dem Professor Werner Spalteholz (1861–190), der für die Ausstellung 1911 in langwierigen Prozeduren durchsichtige Präparate im von Ligner finanzierten Labor erstellte.⁵⁰ Die Ausstellung war ein großer Erfolg, aber die Konzeption eines festen Museums dauerte. Vor allem bedeutete zunächst der Erste Weltkrieg einen Einbruch, der zudem durch die Inflation die erwirtschafteten Einnahmen der Ausstellung vernichtet hatte.⁵¹

1930 erfolgte schließlich die Eröffnung des Museums und im gleichen Jahr wurde die II. Hygiene-Ausstellung gezeigt. Als Besonderheit gab es nun auch den ‚Gläsernen Menschen‘ – das zweifellos bis heute berühmteste Exponat des Museums. Der Erfinder dieser Cellulon-Figur war Franz Tschackert.⁵² Während zugleich ab 1930 per Bus unter dem Motto „Gesundheit auf Rädern“ getourt und dabei in Wanderausstellungen

47 Vogel, Klaus (Hg.): Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Prestel Museumsführer, München 2005, S. 21; zur Konstruktion der Begriffe „Volkskörper“ oder „Volksgeundheit“ siehe Nikolow, Sybilla: Die graphisch-statistische Darstellung der Bevölkerung. Bevölkerungskonzepte in der Gesundheitsaufklärung in Deutschland vor 1933, in: Mackensen, Rainer (Hg.): Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933, Opladen 2000, S. 297–314.

48 Das Auge wurde von dem Münchner Künstler Franz von Stuck (1863–1928) entworfen, nachdem Karl August Lingner ihm seine nächtliche Vision schilderte. In einem zuvor ausgeschriebenen Plakatwettbewerb konnte keiner der insgesamt 522 eingegangenen Entwürfe die damalige Jury überzeugen. Neben Lingner waren Otto Gußmann, Paul Schumann, Max Klinger, Max Seliger, Carl Bantzer und Georg Wrba in der Jury. Lingner beauftragte von Stuck schließlich ohne Rücksprache mit der Jury. Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 42 f.

49 Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 22.

50 Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 26.

51 Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 29, 48.

52 Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 85, 77.

vorwiegend der ländlichen Bevölkerung zu Aufklärungszwecken den Blick auf ‚durchsichtige Menschen‘ ankündigte, wurden hier jedoch nur Präparate nach der Methode von Spaltheol und Röntgenaufnahmen gezeigt. Der ‚Gläserne Mensch‘ war bis dato nur in Dresden zu sehen.⁵³

In der Folgezeit erlebte das Museum verschiedene Einbrüche in der Entwicklung. In der Zeit des Nationalsozialismus wurde es recht unrühmlich für politische Zwecke eingespannt und im Krieg durch Bombenangriffe sehr zerstört.⁵⁴ 1947 ging der ehemalige Direktor des Hygiene-Museums in den Westen und errichtete in Köln ein Deutsches Gesundheitsmuseum nach Dresdner Vorbild. Auch Tschackert folgte und brachte eine ‚Dresdner Tradition‘ nach Köln, als 1951 ein Cellon-Gigant von drei Metern Höhe in einer Ausstellung gezeigt wurde. Das Kölner Museum wurde 1967 in die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung umgewandelt.⁵⁵

Trotz aller Schwierigkeiten knüpfte das Deutsche Hygiene-Museum jedoch stets wieder an das Anliegen der Aufklärung und Gesundheitsvermittlung an, und stellte sich auf die Anforderungen in der DDR ein: Und so kam Kundi.



Abb. 1: Broschüre, hrsg. vom Deutschen Hygiene Museum Dresden,
Grafik: Richard Hambach, 1967.

Kundi war eine Trickfigur, die in den 1960er Jahren aufkam, um „Gesundheitspropaganda für Kinder“ zu betreiben.⁵⁶ Es gab Kundi im

⁵³ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 87.

⁵⁴ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 97–106.

⁵⁵ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 122.

⁵⁶ Schwarz, Uta: „Der Schmutzfink“ und „Großalarm bei Kundi“. Film und Gesundheitsaufklärung nach 1945, in: Roeßiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums, Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln, Marburg 1998, S. 154–179.

Comic, als Puppe, in Zeichentrickfilmen, im Radio oder auf Spielkarten. Die Figur wurde für Kinder im Vorschulalter erfunden, um aufzuklären und präventives, gesundheitsbewusstes Verhalten von klein auf zu fördern. Kundi hatte eine Vorbildfunktion. Er verhielt sich selbst stets richtig und mahnte auch die Fehler der Eltern im Umgang mit der Gesundheit an. Er wusste was gesund und gut war, sei es von der Ernährung, über Hygiene und Sauberkeit bis zur Bewegung und Abhärtung des Körpers. Täglich führte er einen ‚Kampf‘ gegen Süßigkeiten, Karies, „Dreckfinger, Stinkfuß, Tropfnase, Faulzahn und Schwarzzohr“ und überwachte dabei „wie ein junger Pionier mit Pflichtbewusstsein“ die Kinder.⁵⁷ Zugleich sollten die Kinder lernen, nicht nur jeweils auf sich selbst zu achten, sondern sie sollten gegenseitig aufeinander aufpassen, damit zum Beispiel kein Kind das Zähneputzen vor dem Schlafengehen vergesse.⁵⁸ Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wurde Kundi allerdings nicht mehr eingesetzt, da er mit seinen technischen Hilfsmitteln wie Telefon, Kontrollmonitor und magisches Fernrohr, mit denen er die ‚Tugenden‘ der Kinder kontrollierte, doch zu stark an die Überwachungstechniken der DDR-Staatssicherheit erinnerte.⁵⁹

Zentral war im Deutschen Hygiene-Museum jedoch stets der Blick auf den Körper und seine Funktionen, das Erklären des Körpers und der Entstehung von Krankheiten. Dauerhaftes Highlight und fast Wahrzeichen des Museums ist der ‚Gläserne Mensch‘, zu dem im Laufe der Zeit auch eine gläserne Frau, eine gläserne Kuh und ein gläsernes Pferd kamen.⁶⁰ In den Werkstätten des Museums wurde allerdings nicht nur für das eigene Museum produziert, sondern es wurden auch Lehrmittel verkauft. Bereits seit 1923 gab es die „Aktiengesellschaft für hygienischen Lehrmittelbedarf“. Nicht nur ‚gläserne Menschen‘ und Spalteholz-Präparate, sondern auch Moulagen und zahlreiche Lehrtafeln wurden produziert und verkauft, ebenso wie Lichtbilder, anatomische Modelle und Plakate.⁶¹ 1948 erlangten die

⁵⁷ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 132.

⁵⁸ Niehoff, Jens-Uwe: „Sozialismus ist die beste Prophylaxe“? – Anmerkungen zum Präventionsdiskurs in der DDR, in: Roeßiger, Hauptsache gesund!, S. 180–201, hier S. 199 f.

⁵⁹ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 132.

⁶⁰ Becker, Heinz: Gläserne Figuren, Dresden 1978.

⁶¹ Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 48 f.

Werkstätten wieder eine besondere Bedeutung und es wurden zahlreiche Artikel für den Export gefertigt. In den 1950er Jahren wurde erneut auf Wanderausstellungen gesetzt, die sogar nach Rumänien und Bulgarien kamen.⁶²

Trotz der Teilung Deutschlands blieb das Dresdner Hygiene-Museum auch in Westdeutschland bedeutend. Es hatte einen guten Ruf und die Westdeutschen vertrauten auf die Qualität der von diesem Museum ausgearbeiteten Ausstellungen und Lehrmittel. Dies zeigen auch die Planungen ab 1948 in München für die Ausstellung „Volkskrankheiten“, einer Wanderausstellung, die vom Deutschen Hygiene-Museum konzipiert wurde und 65 Bildtafeln, 34 Moulagen und zwölf Leuchtschrankeinheiten umfasste.⁶³ Einblicke in die Planung der Ausstellung sind über zahlreiche Schriftwechsel und Dokumente, die sich im Archiv erhalten haben, möglich. Dort liegen beispielsweise Korrespondenzen verschiedener Beteiligter, Aufstellungspläne, Werbeplakatentwürfe und Finanzierungspläne.

Beim Befassen mit der historischen Dimension der Gesundheitsaufklärung bedarf es einer Auseinandersetzung mit archivalischen Quellen. „Seit ihren Anfängen ist die Volkskunde stets auch eine historische Disziplin gewesen“ und mit der Auswertung archivalischer Quellen vertraut.⁶⁴ Werden die Akteure der Gesundheitsaufklärung betrachtet, so zeigt sich am Dresdner Beispiel das Zusammenspiel von Politik, Wirtschaft und interessierten Eliten. Gesundheitsaufklärung war stets auch ein politisches Anliegen. Dieses war nicht nur auf Bundesebene zu erkennen, sondern durchaus auch Ländersache, gerade wenn bundeseinheitliche Gesetze noch fehlten.⁶⁵

Die bayerischen Archivalien

Im Bayerischen Hauptstaatsarchiv München wurden 1993 und 2006 zwei Abgaben aufgrund behördlicher Umstrukturierung vorgenommen und

⁶² Vogel, Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 2003, S. 113.

⁶³ BayHStA, Mlnn 106625, Dr. Seiffert, Bayerischer Staatsminister des Innern, Gesundheitsabteilung an die Regierungen, 11.12.1948 betreffend der Ausstellung „Volkskrankheiten“ vom 27.03.–18.04.1949 in München.

⁶⁴ Göttsch, Silke: Archivalische Quellen und die Möglichkeiten ihrer Auswertung, in: Dies./Lehmann, Albrecht (Hg.), Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäische Ethnologie, 2. überarb. Aufl. Berlin 2007, S. 15–32, hier S. 15.

⁶⁵ Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Grossbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London 57), München 2004, S. 30.

Akten der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Innenministeriums im Archiv abgegeben. Mittlerweile sind, nach langer Bearbeitungs- und Erschließungsphase, die über 8.000 Akteneinheiten überwiegend zugänglich, auch wenn viele noch unter vorläufigen Nummern verzeichnet sind. Der Bestand liefert umfangreiche Informationen zur Geschichte der medizinischen Versorgung in Bayern ab 1945. Die Quellen spiegeln dabei auch das Zusammenspiel und die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern im Gesetzgebungsverfahren und bei der konkreten Umsetzung in Bayern wieder. Zudem sind Unterlagen der Bund-Länder-Gremien oder verschiedene Arbeitsgemeinschaften erhalten. Das Themenspektrum der Akten reicht von allgemeinen Fragen der Gesundheitspolitik über medizinische Untersuchungseinrichtungen, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, verschiedene Berufe im Gesundheitswesen wie Ärzte, Apotheker, Fußpfleger, Hebammen, Heilpraktiker oder Logopäden bis hin zu medizinischer Vorbeugung, Versorgung und Schutzmaßnahmen. Neben der gesundheitlichen Aufklärung wird auch Verbraucherschutz, Hygienewesen und Seuchenbekämpfung in den Quellen thematisiert. Die Akten spiegeln darüber hinaus die Zuständigkeit des Innenministeriums als Kontrollorgan medizinischer Untersuchungseinrichtungen und Anstalten. Dabei kann es sich gleichermaßen um die Überwachung einzelner Lebensmittel- und Arzneimittelhersteller handeln sowie um die Regulierungen etwa zur Trinkwasser- oder Hackfleischverordnung. Sehr deutlich wird durch die Quellen die Ausweitung der Zuständigkeiten der Medizinalbehörden im Bereich des Verbraucherschutzes.⁶⁶ Aufgrund der Fülle der Archivalien konnten Seminare mit den Titeln „Sauberes Bayern – gesundes Bayern? Staatliche Hygienisierungsmaßnahmen und ihre Auswirkungen auf den kulturellen Alltag“ und „Von Pocken & Pest bis zur Hackfleischverordnung – Aspekte gesundheitlicher Volksbelehrung“ durchgeführt werden, bei denen sich die Studenten – viele zum ersten Mal – auf die Arbeit mit Quellen einlassen konnten. Drei studentische Arbeiten aus diesen Seminaren sind in diesem Heft als ‚First Steps‘ veröffentlicht. Entsprechend der Quellen liegt bei diesen Arbeiten der Schwerpunkt auf der Zeit nach 1945. Die Akten waren aufgrund der rechtlichen Dreißigjahresfrist für Sachakten bis zum Jahr 1984 zugänglich.

⁶⁶ Moosdiele, Johannes/Schmalzl, Markus: Rep. MInn 39: Gesundheitswesen Teil 2, München 2014.

Alexander Cors beschäftigte sich mit dem Thema der Kinderlähmung und ihrer Bekämpfung in Bayern. Besonders interessant für die Nachkriegszeit, als Bayern zur amerikanischen Besatzungszone zählte, ist demzufolge der Blick über Bayern hinaus in die USA. Cors zeigt das dortige Vorgehen und mit welchen Auswirkungen es von Deutschland aus beobachtet wurde. Cors erläutert die amerikanische Rückwirkung auf das westdeutsche und speziell das bayerische Vorgehen im Kampf gegen die Krankheit und der Auseinandersetzung um die Impfung und zieht Vergleiche zum ostdeutschen Vorgehen. Dabei werden verschiedene Akteure und Interessenvertreter sowie die verwendeten Werbemaßnahmen aufgezeigt. Wie die aktuelle Berichterstattung über Masern verdeutlicht, wird über das Impfen nach wie vor sehr stark und häufig auch sehr emotional diskutiert.

Marina Gaiser erläutert in ihrer Arbeit, dass Tabak einst ein Genuss- und Heilmittel war, mittlerweile aber verpönt ist, vor allem in der Form des Rauchens, weil dies nichtrauchende Personen unfreiwillig mit betrifft. Gaiser verdeutlicht den Umschwung, der weg von dem positiv besetzten, vor allem durch die Werbung geförderten Bild des Rauchens führte. Sie zeichnet ein Stück des bayerischen Weges in den 1960er und 1970er Jahren nach, der schließlich zur Durchführung von Rauchverboten und dem heute bestehenden Nichtraucherschutzgesetz führte. An die Möglichkeit ein solches Gesetz einzuführen wurde 1973 noch nicht geglaubt.⁶⁷ Verdeutlicht wird die Bemühung um den Wandel an einer konkreten Anti-Rauch-Kampagne.

Paul Lonnemann beschäftigt sich mit dem Thema der Verhütung von 1945 bis in die 1960 Jahre, die auffällig unerforscht sind. Das stark von verschiedenen moralischen, medizinischen, aber auch politischen und ideologischen Vorstellungen geprägte und entsprechend sensible Thema wird von Lonnemann als gesellschaftlicher Diskurs behandelt. Lonnemann schildert die Phase der ersten Nachkriegsjahre mit ihren unterschiedlichen und teils divergierenden Vorstellungen. Durch seine Ausführungen wird

⁶⁷ BayHStA MInn 106613, Dr. Holl an die obersten Landesgesundheitsbehörden, 18.05.1973: *Ich halte es für wünschenswert, wenn auch in Speiserestaurants, Gaststätten, Cafés, den Pausenräumen in Betrieben usw. dem Nichtraucher die Möglichkeit geboten würde, Speisen und Getränke in Nichtraucherräumen oder Nichtrauchersonnen einzunehmen oder sich in solchen Räumen aufzuhalten. Die Materie eignet sich jedoch kaum für eine generelle gesetzliche Regelung. Vielmehr bedarf es breit angelegter Initiativen und einer wirksamen gesundheitlichen Aufklärung.*

verständlich, warum sich gerade in dieser Zeit, die geprägt war von der Spannung zwischen Alltagsproblemen, motiviertem Aufbruch zu Neuem und nachwirkenden alten Rollenbildern, die Auseinandersetzung um die Schwangerschaftsverhütung so komplex und heikel gestaltete.

Kultureller Wandel am Beispiel des Händetrocknens

Doch was kann nun für die Frage der Vermittlung von medizinischem Wissen über die Akteure aus den Quellen ermittelt werden? Und wie zeigt sich ein kultureller Wandel der Alltagskultur? In den vielfältigen Themenfeldern kommen stets verschiedene Akteure vor. Diese können aus der Wirtschaft, aus den Kirchen oder anderen Interessengruppen stammen oder einzelne Privatpersonen sein, wie es auch die studentischen Beiträge zeigen. Das folgende Beispiel soll nachvollziehbar darstellen, dass es durchaus kulturelle Veränderungen gibt, die einem erst in Auseinandersetzung mit der Vergangenheit bewusst werden. Wenn man heute an der Universität oder in einem anderen öffentlichen Gebäude die Toilette aufsucht, bietet sich einem in der Regel ein ähnliches Bild wie dieses:



Abb. 2: Universitätstoilette, Privataufnahme Egermann-Krebs, 2015.

Es finden sich in diesem Raum ein Waschbecken, Seifenspender, Papierhandtücher und Papierkorb – in diesem Fall auch eine Händewaschanleitung.⁶⁸ Das ist ein für uns heute als ‚normal‘ empfundenes Bild. Das war aber nicht immer so: „In den Waschräumen öffentlicher Gebäude und Industriestätten war es bis in die 50er-Jahre des 20. Jahrhunderts durchaus üblich, ein Gemeinschaftshandtuch so lange zu verwenden, bis man es augenscheinlich nicht mehr benutzen wollte.“⁶⁹ Wie aus den Akten des Bayerischen Hauptstaatsarchivs zu erkennen ist, gab es in den Jahren von 1954–1972 eine groß angelegte Aktion, die dem Gemeinschaftshandtuch den Kampf ansagte. Aus den Akten ist ersichtlich, wie verschiedene Behördenmitglieder, Ärzte, besorgte Laien und schließlich sogar Firmenvertreter über die Gefahren, die von Gemeinschaftshandtüchern ausgehen, miteinander diskutieren. Medizinisch wurde festgestellt, dass sich in Gemeinschaftshandtüchern in öffentlichen Toiletten und Gaststätten viele Keime, Bakterien und Viren tummeln. Im Ministerium war man sich schnell einig, dass gegen das Gemeinschaftshandtuch vorgegangen musste, und es galt Alternativen zu finden. Hierzu wurde diskutiert und verschiedene Meinungen eingeholt, um die Alternativen werten zu können.

*Gemeinschaftshandtücher in Aborten und Abortvorräumen sind nach kurzer Zeit auch mit Bakterien, Viren und Pilzen verunreinigt. Diese Krankheitserreger können von den Handtüchern aus auf andere Leute übertragen werden. Vom hygienischen Standpunkt ist zu fordern, daß die Gemeinschaftshandtücher abgeschafft werden. An die Stelle von Gemeinschaftshandtüchern sollten Handtücher aus Papier oder Zellstoff, Heißlufttrockner oder Textilhandtuchautomaten treten. Es ist weiterhin anzustreben, daß Seifenspender oder Seifenmühlen vorhanden sind. Die Waschgelegenheiten sollten nach Möglichkeit kostenlos benützt werden können.*⁷⁰

Hier konnte man sich auf die Ausführungen des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e.V. (DMI) beziehen, der einen Bericht über die Ergebnisse ihrer Arbeitstagung in der Broschüre *Händereinigung – Händetrocknung* publizierte und dabei die verschiedenen Möglichkeiten

⁶⁸ Händewaschanleitung der BZGA.

⁶⁹ <<http://www.cws-boco.com/de-DE/unternehmen/geschichte>> [Stand: 27.03.2015]

⁷⁰ BayHStA, MlIn 110300, Ministerialrat Knies an das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr, 22.12.1964.

des Händewaschens und -trocknens sogar mit Kosten- und Wirtschaftlichkeitsberechnungen einander gegenüberstellte, wie es ein Ausschnitt der Broschüre belegt.⁷¹

Übersicht

A. Händereinigung (Angaben für 1 Händereinigung)

| Wasser- temperatur | Seifenart | Wassermenge | Seifenmenge | Wasserkosten in Pf. | Seifenkosten in Pf. | Zeitkosten in Pf. | Energiekosten in Pf. | Regiekosten in Pf. | Gesamtkosten in Pf. |
|-----------------------|----------------|-------------|-------------|------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| 10° | Handseife fest | 3–5 Liter | 0,7 gramm | 5 Liter = 0,5 | 0,14 | 1 Min = 8,5 | — | 0,01 | 9,15 |
| 40° | " | " | 0,7 gramm | " | " | " | Ol = 0,75 | " | 9,9 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Gas = 0,75 | " | 9,9 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Strom = 1,5 | " | 10,65 |
| 10° | Mühlens. fest | " | 180 mgamm | " | 0,11 | " | — | " | 9,12 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Ol = 0,75 | " | 9,87 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Gas = 0,75 | " | 9,87 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Strom = 1,5 | " | 10,62 |
| 10° | Pulver | " | 400 mgamm | " | 0,10–0,25 | " | — | " | 9,11–9,28 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Ol = 0,75 | " | 9,86–10,01 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Gas = 0,75 | " | 9,86–10,01 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Strom = 1,5 | " | 10,61–10,76 |
| 10° | flüssig | " | 5 ccm | " | 0,45 | " | — | " | 9,46 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Ol = 0,75 | " | 10,21 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Gas = 0,75 | " | 10,21 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Strom = 1,5 | " | 10,96 |
| 10° | Seifencreme | " | 500 mgamm | " | 0,90 | " | — | " | 9,31 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Ol = 0,75 | " | 10,06 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Gas = 0,75 | " | 10,06 |
| 40° | " | " | " | " | " | " | Strom = 1,5 | " | 10,81 |

B. Händeabtrocknung (Angabe für eine Abtrocknung) A-Zeit = Abtrocknungszeit; B-Zeit = Laufzeit

| Abtrocknungsart | Anschaffungskosten | Energie- kosten | Wash- kosten bzw. Abtrock- kosten in Pf. per Abtrocknung | Abtrock- kosten in Pf. per Abtrocknung | Regie- kosten in Pf. per Abtrocknung | Amorti- sation in Pf. per Abtrocknung | Ges. Kosten in Pf. per Abtrocknung | Zeitkosten A-Zeit in Pf. per Abtrocknung | Zeitkosten B-Zeit in Pf. per Abtrocknung | Material- kosten in Pf. per Abtrocknung |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Lufttrockner | 158.— bis 225.— und Montage 20–30 DM | 1000.— 2000 W 0,2–0,4 Pf | — | — | — | 0,5–0,7 | 0,7–1,1 | 7–14 (30–100 sek.) | — | 7,7–15,1 |
| Gemeinschaftshandtuch Rollenhandtuch | 2 x 3,30 DM per Stück | — | 1,437 | — | 1,593 | 0,175 | 3,205 | 2,125 (=15 sek.) | — | 5,33 |
| Textileinzelhandtuch | 2 x 1,75 DM per Stück | — | 0,8 | — | 0,85 | 0,095 | 1,745 | 2,125 (=15 sek.) | 2,833 (=20 sek.) | 0,7 |
| Textileinzelhandtuch | 2 x 35–40 Pf. per Stück | — | 2,15 | — | 4,25 | 0,32 | 6,72 | 2,125 (=15 sek.) | — | 8,84 |
| Textilhandtuch- automat | Kostenfrei da Leihgerät | — | 1,795 | — | 0,0388 | — | 1,833 | 2,125 (=15 sek.) | — | 3,95 |
| Papierhandtuch A Rollenpapier | Kostenfrei da Leihgerät | — | 1,573 | 0,5 (= 23 Abrisse) | 0,0425 | — | 2,117 | 2,833 (=20 sek.) | — | 4,95 |
| Papierhandtuch B Faltpapier I | Kostenfrei da Leihgerät | — | 1,296 | 0,5 (= 2 St.) | 0,042 | — | 1,838 | 2,833 (=20 sek.) | — | 4,671 |
| Papierhandtuch B Faltpapier II | Kostenfrei da Leihgerät | — | 1,82 | 0,5 (= 2 St.) | 0,042 | — | 2,362 | 2,833 (=20 sek.) | — | 5,195 |
| Papierhandtuch B Faltpapier III | Kostenfrei da Leihgerät | — | 1,23 | 0,5 (= 1 St.) | 0,042 | — | 1,772 | 2,125 (=15 sek.) | — | 3,897 |
| Papierhandtuch B Faltpapier IV | Kostenfrei da Leihgerät | — | 1,73 | 0,5 (= 1 St.) | 0,042 | — | 2,272 | 2,125 (=15 sek.) | — | 4,397 |
| Papierhandtuch C | — | — | 2,24 (= 2 St.) | 0,3 (2 St.) | 0,042 | — | 2,582 | 2,833 (=20 sek.) | — | 5,415 |
| Papierhandtuch D Vlies | — | — | 3,5 (= 1 St.) | 0,25 (= 1 St.) | 0,042 | — | 3,792 | 2,125 (=15 sek.) | — | 5,917 |
| Papierhandtuch E Vlies | — | — | 10,0 (= 1 St.) | 0,25 (= 1 St.) | 0,042 | — | 10,292 | 2,125 (=15 sek.) | — | 12,417 |

1. Papierhandtuch B III = 3,897 Pf.
2. Textilhandtuch A = 3,95 Pf.
3. Papierhandtuch B IV = 4,397 Pf.
4. Papierhandtuch B I = 4,671 Pf.
5. Papierhandtuch A = 4,95 Pf.
6. Papierhandtuch B II = 5,195 Pf.
7. Gemeinschaftshand- = 5,33 Pf.
8. Papierhandtuch C = 5,415 Pf.
9. Papierhandtuch D = 5,917 Pf.
10. Textileinzelhandtuch = 6,7 Pf.
11. Leinwandhandtuch = 7,5–15 Pf.
12. Textil-Einzelhandt. = 9,84 Pf.
13. Papierhandtuch E = 12,417 Pf.
(Vlies, sterilisierb.)

BayHStA
MInn 110300

Abb. 3: Ausschnitt der Broschüre *Händereinigung – Händetrocknung* des DMI, BayHStA, Minn 110300.

⁷¹ BayHStA, Minn 110300, Deutscher Medizinischer Informationsdienst e. V.: Händereinigung – Händetrocknung, ein vernachlässigtes Gesundheitsproblem in Schulen, Gaststätten, Betrieben, Krankenanstalten und bei Großveranstaltungen. Ein Bericht über die Arbeitstagung „Händereinigung – Händeabtrocknung“ des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e. V. am 17. März 1964 in Köln unter Berücksichtigung ergänzender Fachbesprechungen, Bad Godesberg 1967.

Entsprechend wurde versucht, mit verschiedenen Medien nun auch wirksam eine Umerziehung der Bevölkerung voranzutreiben. Ein offenbar gutes Verbreitungsorgan war die Presse mit ihren Printmedien, wie es die abgedruckte Sammlung der Presseschlagzeilen verdeutlicht.⁷²



Abb. 4: Ausschnitt der Broschüre *Gemeingefahr Gemeinschaftshandtuch* des DMI, BayHStA, MInn 110300.

⁷² BayHStA, MInn 110300, Deutscher Medizinischer Informationsdienst e.V.: *Gemeingefahr Gemeinschaftshandtuch*, Düsseldorf 1969, S. 6.

Darüber hinaus wurden aufklärende Schriften und Broschüren herausgeben⁷³



Abb. 5: Deckblatt der Broschüre *Gesunde Jugend - Gesundes Volk - Täglich gefährdet?* des Zentralinstituts für Gesundheitserziehung, BayHStA, MInn 110300.

Selbstverständlich blieb es nicht aus, dass sich verschiedene Hersteller für Rollenhandtücher, Papierhandtücher und Seifenspenden an das Bayerische Staatsministerium des Innern wandten, um für ihre Produkte Werbung zu machen. Hier tauchen Namen wie SAPOR, Schumm oder Boco (heute besser bekannt als CWS-boco) auf.⁷⁴

⁷³ BayHStA, MInn 110300, Zentralinstitut für Gesundheitserziehung – Deutsches Gesundheitsmuseum Köln-Merheim: *Gesunde Jugend - Gesundes Volk - Täglich gefährdet? Eine Dokumentation über die Gefährdung der Volksgesundheit durch das Gemeinschaftshandtuch*, Düsseldorf 1965.

⁷⁴ Verschiedene Werbebroschüren und Anschreiben finden sich unter BayHStA, MInn 110300.



BOCO PAPIERHANDTUCHSPENDER

35 x 26 x 11 cm

ermöglichen die bequeme **Einzelentnahme von 300 BOCO-Einmalhandtüchern**. Das bedeutet: 300mal perfektes, völliges Händetrocknen mit einer Füllung. Die Sehschlitze im Metallgehäuse zeigen den Nachfüllbedarf rechtzeitig an. Das Nachfüllen geht einfach und schnell, wenn man den Schlüssel besitzt. **Das Gerät wird bei Abnahme größerer Mengen von BOCO-Papierhandtüchern gratis verliehen.** Sonst kostet es inklusive Befestigungsmaterial **DM 10,-/Stk.**

BOCO-PAPIERKORB
aus lackiertem Drahtgeflecht DM 10,-

Noch lieferbar:
runder Papierkorb
aus stabilem Kunststoff DM 4,50

Preise des Verbrauchsmaterials umseitig!

ZALCREM SEIFENSPENDER D. P.

25 x 10 x 10 cm

ermöglichen **4.000 Einzelabgaben ZALCREM**. Das bedeutet: **4.000mal perfektes Händewaschen mit einer Füllung.**

Das stabile Plastikgehäuse ist transparent und zeigt den Nachfüllbedarf rechtzeitig an.

Das Gerät ist durch **Metallsockel** fest an der Wand montiert. Es wird nur zum Nachfüllen vom Sockel genommen, wozu man den Schlüssel besitzen muß. Das Gerät ist **funktionssicher und wartungsfrei, wenn nur ZALCREM verwendet wird.** In diesem Fall geben wir **zwei Jahre Garantie und Service.**

Das Gerät inklusive Befestigungsmaterial kostet frei Haus bei geschlossener Abnahme von

| | |
|-------------------------|----------|
| 1 – 11 Stück | DM 36,- |
| 12 – 29 Stück | DM 33,80 |
| 30 – 59 Stück | DM 31,75 |
| ab 60 Stück | DM 29,85 |

hygienisch - wirtschaftlich

formschön - praktisch

BayHStA
MInn 110300

Abb. 6: Werbebroschüre der Firma Boco, BayHStA, MInn 110300

Mit Aktionen wie dem *Tag des sauberen Handtuchs* sollte gezielt nicht nur gegen dreckige Handtücher, sondern vor allem gegen Gemeinschaftshandtücher vorgegangen werden und zwar nicht alleine im öffentlichen Raum, sondern bis in die Familien hinein wirken.⁷⁵ Ebenso erschien besonders die Erziehung der Kinder wichtig:

Das Hygieneverhalten und Sauberkeit innerhalb der Familie sei eine Sache der Erziehung, womit schon im Kindesalter begonnen werden müsse. Wenn beim Kind im rechten Augenblick der Grundstein zur Sauberkeit gelegt werde, so falle auch eine Anpassung an gute hygienische Verhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften, wie Kindergärten, Schulen usw. nicht schwer und es erübrige sich der Versuch einer Umerziehung im Erwachsenenalter.⁷⁶

Heute werden sogar in Kinderkrippen den ein- bis dreijährigen Kindern lustige Lieder über das Händewaschen und Händetrocknen gelernt.⁷⁷ Es wird uns über das Internet, aber auch nach wie vor über Printmedien und Fernsehen, vor allem zu Zeiten von Grippe- und Krankheitswellen, stets geraten, auf die Handhygiene zu achten. Es gibt Lehrfilme auf Youtube über das ‚richtige Händewaschen‘ und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung versorgt uns mit Handwaschanleitungen. Mittlerweile gibt es den Welt-Händehygienetag am 5. Mai. Mit einem umfangreichen Medienangebot, durch Werbespots, Flyer, Plakaten und Aufklebern, unterstützt die BZgA die Hygieneaufklärung.⁷⁸

Ein Wandel des Alltags hat durchaus erfolgreich stattgefunden, denn kaum noch werden in öffentlichen Einrichtungen Handtücher verwendet – und

⁷⁵ Zu diesen jährlichen Aktionen beispielsweise: BayHStA, Mlnn 110300, Handtuchhygiene – Mitteilungen des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e.V.: „Tag des sauberen Handtuchs“ 1971, Ausgabe 13, Bad Godesberg 1971; Deutscher Medizinischer Informationsdienst e. V.: Gemeingefahr Gemeinschaftshandtuch, Düsseldorf 1969, S. 18; Zentralinstitut für Gesundheitserziehung – Deutsches Gesundheitsmuseum Köln-Merheim: Gesunde Jugend - Gesundes Volk - Täglich gefährdet? Eine Dokumentation über die Gefährdung der Volksgesundheit durch das Gemeinschaftshandtuch, Düsseldorf 1965, S. 18: *Die Familie ist auch gefährdet.*

⁷⁶ BayHStA, Mlnn 110300, Handtuchhygiene – Mitteilungen des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e.V.: „Toiletten- und Handtuchhygiene“, Ausgabe 5, Bad Godesberg 1969.

⁷⁷ Die immer etwas verschieden variierten Liedtexte gehen in etwa so: „Händewaschen, Händewaschen kann doch jedes Kind! Händewaschen, Händewaschen bis sie sauber sind.“ Doch leider ist kein Handtuch da, drum müssen wir sie schütteln, schütteln, schütteln, drum müssen wir sie schütteln, schütteln, schütteln, bis sie trocken sind. Weitere Versionen siehe: <<http://www.urbia.de/archiv/forum/th-2968241/liedtext-haende-waschen-handtuchweg-trockenschuettn.html>> [Stand: 27.03.1015].

⁷⁸ BZgA Pressemitteilung vom 03.05.2012: „Den Krankheitserregern nicht die Hand reichen - Händewaschen schützt“, <<http://www.bzga.de/?sid=843>> [Stand: 16.03.2015].

wenn, dann werden es wohl die wenigsten benutzen.⁷⁹ Es ist für uns normal geworden, dass wir Seife, Wasser und Papierhandtücher oder eventuell Rollhandtücher zur Verfügung haben. Am liebsten mögen wir das Ganze sogar noch vollautomatisch, wenn das Wasser ohne direkte Berührung dank Sensor läuft. Mittlerweile gibt es sogar eher Diskussionen, ob wir zu viel desinfizieren und waschen, denn auch das soll für das Immunsystem schlecht sein, vor allem für das kindliche, bei dem es als normal gilt, dass es trainieren muss.⁸⁰ Das Archiv führt sogar Akten, aus denen deutlich wird, dass die Angst vor Bakterien auch krankhaft werden kann. So im Fall einer Mutter, die ihre Kinder, um sie zu schützen, jahrelang isoliert hielt und nicht in die Schule schickte.⁸¹

Der kulturelle Wandel, der sich im alltäglichen Leben bei den Händewasch- und Händeabtrocknungsgewohnheiten vollzogen hat, wurde durch Aufklärung, beispielhaftes Vorgehen der Behörden und durch langfristige Aktionen und Werbung erreicht oder zumindest gefördert. Die Nachhaltigkeit wird durch weiteres Erinnern und Einüben auch über mehrere Generationen gewährleistet, wie es die BZgA mit ihrem dauerhaften umfangreichen Programm verdeutlicht. In den hier gezeigten Beispielen wurde vor allem die staatliche Seite deutlich, was den ausgewerteten Quellen geschuldet ist, die eher die ‚obrigkeitliche‘ Perspektive einnehmen. Dennoch verläuft Aufklärung und kultureller Wandel natürlich nicht immer stringent sozusagen ‚von oben nach unten‘. Exemplarisch lassen die heutige Kritik und die Diskussionen über die Krankenhaushygiene durchaus auch andere Interessengruppen wie beispielsweise das Pflegepersonal oder Angehörige erkennen.

Ähnliche Verhaltensänderungen sind etwa die Verwendung von Papiertaschentüchern statt Stofftaschentücher oder das Niesen in den Ellenbogen statt in die Hand. Wer tatsächlich wie viel Anteil an einer gesellschaftlichen Veränderung hat, müsste detaillierter

⁷⁹ Es gibt vereinzelt Fitness-Studios, die tatsächlich noch echte Handtücher in der Toilette hängen haben.

⁸⁰ Es seien hier nur zwei Beispiele aufgeführt, die exemplarisch für viele ähnliche Artikel gelten können: „Mediziner warnt vor schädlicher Hygiene“, in: Zeit Online, 6. März 2013, <<http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2013-03/hygiene-gesundheit-immunsystem>> [Stand: 27.03.2015]; „Gefahr im Alltag. Sauber machen: die Deutschen putzen sich krank“, in: lifeline. Das Gesundheitsportal, 22. Dezember 2006, <<http://www.lifeline.de/leben-und-familie/life-balance/gesund-zuhause/Sauber-machen-id32005.html>> [Stand: 27.03.2015].

⁸¹ Der Fall ist im Archiv verständlicherweise aus personenbezogenen Gründen nicht einsehbar. Eine Pressemeldung findet sich im Hamburger Abendblatt vom 29. Juli 1977, Nr. 174, Jahrgang 30.

untersucht werden. Die Akten des Archivs verdeutlichen allerdings, dass in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums verschiedene Themen intensiv behandelt, diskutiert und überlegt wurden und schließlich Konsequenzen über den Schreibtisch hinaus erfolgten.

Dr. Diana Egermann-Krebs, M.A. studierte Germanistik, Geschichte der Frühen Neuzeit, Bayerische und Schwäbische Landesgeschichte und Volkskunde an der Universität Augsburg. Seit 2013 ist sie akademische Rätin a. Z. am Lehrstuhl für Europäische Ethnologie/Volkskunde der Universität Augsburg und Mitglied im Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung. Aktuell habilitiert sie über die Vermittlung von medizinischem Wissen und dem Wandel der medialen Alltagskultur zwischen der Frühen Neuzeit und dem 21. Jahrhundert. Der hier erschienene Beitrag steht im Kontext dieser Forschungen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Quellenverzeichnis:

a) gedruckte Quellen

Hovorka, Oskar; **Kronfeld**, Adolf: Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zauberméizin, Stuttgart 1908.

Most, Georg Friedrich: Enzyklopädie der gesamten Volksmedizin oder Lexikon der vorzüglichsten und wirksamsten Haus- und Volksarzneimittel aller Länder, Leipzig 1843 (Neuaufgabe Graz 1973); online unter <<http://www.textlog.de/volksmedizin.html>> [Stand 23.3.2015].

b) archivalische Quellen

Bayerisches Hauptstaatsarchiv München (BayHStA)

Mlnn 106613, Gesundheitliche Volksbelehrung, Bd. 1, 1971–1974.

Mlnn 106625, Ausstellung zum Thema Volkskrankheiten in München, 1949.

Mlnn 110300, Gewerbehygiene, Handwasch- und Handtrocknungséinrichtungen in Toiletten, Gemeinschaftshandtücher, 1954–1972.

Literaturverzeichnis:

Alber, Wolfgang/Dornheim, Jutta: „Die Fackel der Natur vorgetragen mit Hintansetzung alles Aberglaubens“. Zum Entstehungsprozeß neuzeitlicher Normsysteme im Bereich medialer Kultur, in: Held, Jutta (Hg.): Kultur zwischen Bürgertum und Volk (Das Argument 103), Berlin 1983, S. 163–181.

Becker, Heinz: Gläserne Figuren, Dresden 1978.

Dilger, Hans-Jörg/Hadolt, Bernhard: Medizinethnologie, in: Beer, Bettina/Fischer, Hans (Hg.): Ethnologie. Einführung und Überblick, siebte überarb. und erw. Aufl. Berlin 2012, S. 309–329, S. 319 f.

- Dornheim, Jutta:** Kranksein im dörflichen Alltag. Soziokulturelle Aspekte des Umgangs mit Krebs, Tübingen 1983.
- Dornheim, Jutta:** Zum Zusammenhang zwischen gegenwarts- und vergangenheitsbezogener Medikalkulturforschung. Argumente für einen erweiterten Volksmedizinbegriff, in: Barthel, Günther (Hg.): Heilen und Pflegen (Hessische Blätter für Volkskunde und Kulturforschung, NF 19). Marburg 1986, S. 25–41.
- Drobec, Erich:** Zur Geschichte der Ethnomedizin (Reprint 1955), in: Schröder, Ekkehard/Kutalek, Ruth: 30 Jahre Fachkonferenzen Ethnomedizin, Teil II: Bausteine für eine Medizinethnologie zu Hause (curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie/Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry Vol. 28/1 2005), S. 3–10.
- Eckart, Wolfgang Uwe/Jütte, Robert:** Medizingeschichte. Eine Einführung, 2. überarb. und erg. Auflage Köln 2014.
- Geiger, Klaus u. a. (Hg.):** Abschied vom Volksleben (Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen 27), Tübingen 1970.
- Götttsch, Silke:** Archivalische Quellen und die Möglichkeiten ihrer Auswertung, in: Dies./Lehmann, Albrecht (Hg.), Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie, 2. überarb. Aufl. Berlin 2007, S. 15–32.
- Grabner, Elfriede:** Grundzüge einer Ostalpinen Volksmedizin (Mitteilungen des Instituts für Gegenwartsvolkskunde 16), Wien 1985.
- Grabner, Elfriede:** Volksmedizin, in: Brednich, Rolf W. (Hg.), Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie, zweite überarb. und erw. Auflage Berlin 1994, S. 493–518.
- Hausschild, Thomas:** Zur Ideengeschichte der Ethnomedizin, in: Schröder, Bausteine für eine Medizinethnologie, S. 15–21.
- Heidemann, Frank:** Ethnologie. Eine Einführung, Göttingen 2011.
- Hoffmann, Sven Olaf:** Viktor von Weizsäcker: Arzt und Denker gegen den Strom, in: Deutsches Ärzteblatt 2006; 103(11): A 672–674, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/50616/Viktor-von-Weizsaecker-Arzt-und-Denker-gegen-den-Strom?src=search> [Stand 19.03.2015].
- Koch, Leopold:** Volksmedizin zwischen Zauber und Magie. Wiederentdecktes Heilwissen aus einem Brauchbuch des 17. Jahrhunderts gefunden in Völkersbach, Heidelberg 2012.
- Lindner, Ulrike:** Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Grossbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London 57), München 2004.
- Lux, Thomas:** Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology, in: Verwey, Martine/Schröder, Ekkehard: 30 Jahre Fachkonferenzen Ethnomedizin, Teil I: Arzt und Ethnologe in sensiblen Forschungs- und Handlungsfeldern (curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie/Journal of Medical Anthropology and Transcultural Psychiatry Vol. 27/3 2004), S. 197–200.
- Lux, Thomas:** Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology, in: Ders. (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology, Berlin 2003, S. 10–30.
- Moosdiele, Johannes/Schmalzl, Markus:** Rep.MInn 39: Gesundheitswesen Teil 2, München 2014.
- Niehoff, Jens-Uwe:** „Sozialismus ist die beste Prophylaxe“? – Anmerkungen zum Präventionsdiskurs in der DDR, in: Roeßiger, Hauptsache gesund!, S. 180–201.

- Nikolow, Sybilla:** Die graphisch-statistische Darstellung der Bevölkerung. Bevölkerungskonzepte in der Gesundheitsaufklärung in Deutschland vor 1933, in: Mackensen, Rainer (Hg.): Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933, Opladen 2000, S. 297–314.
- Pohl-Sennhauser, Ida:** Rattenschwanz und Schneckenschleim. Aberglaube oder vergessene Volksmedizin?, Wien 2007.
- Schenda, Rudolf:** Volksmedizin - was ist das heute?, in: Zeitschrift für Volkskunde 69(1973), S. 189–210.
- Schwarz, Uta:** „Der Schmutzfink“ und „Großalarm bei Kundt“. Film und Gesundheitsaufklärung nach 1945, in: Roeßiger, Susanne/Merk, Heidrun (Hg.): Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation. Eine Publikation des Deutschen Hygiene-Museums, Dresden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln, Marburg 1998, S. 154–179.
- Unterkircher, Alois:** „Medikale Kultur“ – zur Geschichte eines Begriffes und zur Einführung in diesen Band, in: Ders. (Hg.), Medikale Kulturen 2008, S. 7–23.
- Vogel, Klaus (Hg.):** Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Prestel Museumsführer, München 2005.
- Vogel, Klaus:** Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden, 1911–1990, Dresden 2003.
- Wolff, Eberhard:** „Volksmedizin“ – Abschied auf Raten. Vom definitorischen zum heuristischen Begriffsverständnis, in: Zeitschrift für Volkskunde 94 (1998), S. 209–233.
- Wolff, Eberhard:** Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und »Volksmedizin«-Forschung, in: Brednich, Rolf W. (Hg.), Grundriss der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie, 3. erw. Auflage Berlin 2001, S. 617–635.

Internet: Zeitungsartikel und Homepages

- <<http://www.agem-ethnomedizin.de/index.php/home.html>> [Stand: 18.03.2015].
- BZgA Pressemitteilung vom 03.05.2012: „Den Krankheitserregern nicht die Hand reichen - Händewaschen schützt“, <<http://www.bzga.de/?sid=843>> [Stand: 16.03.2015].
- Hamburger Abendblatt, 29. Juli 1977, Nr. 174, Jahrgang 30.
- „Gefahr im Alltag. Sauber machen: die Deutschen putzen sich krank“, in: lifeline. Das Gesundheitsportal, 22. Dezember 2006, <<http://www.lifeline.de/leben-und-familie/life-balance/gesund-zuhause/Sauber-machen-id32005.html>> [Stand: 27.03.2015].
- <<http://www.urbia.de/archiv/forum/th-2968241/liedtext-haende-waschen-handtuch-weg-trockenschuetteln.html>> [Stand: 27.03.1015].
- „Mediziner warnen vor schädlicher Hygiene“, in: Zeit Online, 6. März 2013, <<http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2013-03/hygiene-gesundheit-immunsystem>> [Stand: 27.03.2015].

„Ach Sie sind gar keine Medizinerin?“ – Als Europäische Ethnologin unterwegs im Forschungsfeld ,Prothetik‘ und ,(Nicht-)Behinderung‘.

Ein Praxisbericht.

von Carolin Ruther

„Per Gedanken die Beinprothese steuern“¹, „Amputierte Inderin besteigt den Mount Everest“², „Mit der Prothese in den Kampf der Maschinen“.³ Das sind nur einige Schlagzeilen der vergangenen zwei Jahre über die Erfolge bzw. Entwicklungen der modernen Prothetik und die außergewöhnlichen Leistungen beinamputierter Menschen. Besonders die These von der wachsenden Verflechtung von Mensch und Technik durch moderne Bein- oder auch Armprothesen scheint allgegenwärtig, zumal prothetische Ersatzteile immer näher an den Körper heran- oder durch Implantate auch in diesen hineinrücken. Technik wird (scheinbar) zunehmend zu einem integralen Bestandteil des menschlichen Organismus.⁴ Verbunden mit dieser Entwicklung sind kontrovers geführte Debatten um sogenanntes human enhancement, worunter in der bioethischen und biopolitischen Diskussion die Optimierung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten über das ‚normale‘ Maß hinaus gemeint ist.⁵ Auch der Begriff des Cyborg im Sinne eines Hybridwesens aus Mensch und Maschine wird im Kontext dieser Debatten immer wieder ins Feld geführt, wobei die Metapher vom Maschinenmenschen und die damit verbundenen Grenzgänge zwischen Biologie und Technik bereits seit dem 18. Jahrhundert in euro-amerikanischen Gesellschaften präsent ist.⁶ TechnikkritikerInnen befürchten dabei eine baldige ‚Entkörperung‘ des Menschen in einem posthumanistischen Zeitalter, während optimistische

1 Artikel in „Deutsche Welle“ zum Thema „Per Gedanken die Beinprothese steuern“ von Klaus Deuse, 12.05.2013, <<http://www.dw.de/per-gedanken-die-beinprothese-steuern/a-16778249>> [Stand: 02.06.2013].

2 Artikel in „Die Welt“ zum Thema „Amputierte Inderin besteigt Mount Everest“ vom 22.05.2013, <<http://www.welt.de/116413012>> [Stand: 24.05.2013].

3 Artikel in „Die Welt“ zum Thema „Mit der Prothese in den Kampf der Maschinen“, <<http://www.welt.de/sport/article132059125/Mit-der-Prothese-in-den-Kampf-der-Maschinen.html>> [Stand: 10.02.2015].

4 Kienitz, Sabine: Prothesen-Körper. Anmerkungen zu einer kulturwissenschaftlichen Technikforschung. In: Zeitschrift für Volkskunde, Jg.106, 2010, S. 137-163.

5 Hogle, Linda F.: Enhancement Technologies and the Body. In: Annual Review of Anthropology, 34/2005, S. 695-716, hier: S. 696/697.

6 Westermann, Bianca: Anthropomorphe Maschinen. Grenzgänge zwischen Biologie und Technik seit dem 18. Jahrhundert. München: Wilhelm Fink Verlag 2012.

Stimmen die technische Aufrüstung des Körpers als kulturelle Errungenschaft positiv ausdeuten.⁷ Der Soziologe Werner Schneider stellt angesichts der gegenwärtigen öffentlichen Debatten über das Verhältnis von Mensch und Technik die These auf, dass dem aktuellen Diskurs zufolge das kulturelle Konzept der modernen Prothese als technischem Ersatzstück für fehlende Körperteile verschwinden wird. Die Prothese transformiere sich vielmehr zum post-modernen Konzept eines hybriden Technofakts, in welchem sich die herkömmlichen grenzziehenden Unterscheidungen zwischen menschlich/nicht-menschlich, lebendig/nicht-lebendig etc. verflüssigen. Die Folge sei schließlich – so der Grundtenor des öffentlichen Diskurses –, dass die fortschreitend technisierte, post-moderne Gesellschaft zunehmend mit Grenzfällen des Menschlichen konfrontiert werde.⁸ Untermauert wird das öffentliche Bild von der technischen Erweiterung des Menschen durch moderne Prothetik dabei vor allem auch durch populärkulturelle bzw. massenmediale Darstellungen. Exemplarisch gelten hierfür Hollywood-Blockbuster wie Iron Man oder die aktuellen Diskussionen um die Sprungfeder-Prothese des deutschen unterschenkelamputierten Weitspringers Markus Rehm.⁹

Bei den (öffentlichen) Debatten um human enhancement und moderne High-Tech-Prothesen stehen dabei meist die technischen Dinge, also die Prothesen, im Vordergrund, während die ProthesenträgerInnen selbst dahinter gewissermaßen zu verschwinden scheinen. Die beinamputierte US-Medienwissenschaftlerin Vivian Sobchack spricht angesichts derartiger Darstellungen daher auch von einem gegenwärtig herrschenden ‚Technofetischismus‘. Geprägt werde dadurch zudem die Vorstellung von der außergewöhnlichen Prothetik und dem scheinbar völlig problemlosen (Alltags-)Leben als ProthesenträgerIn.¹⁰ Die Frage, wie sich der Alltag oder das Leben nach einer Amputation mit Prothese tatsächlich gestaltet und was technisch im Bereich Prothetik heutzutage überhaupt möglich ist, wird dagegen kaum gestellt. So stellt speziell die Erforschung des Alltagslebens von ProthesenträgerInnen sowohl innerhalb der internationalen als auch

7 Kienitz: Prothesen-Körper, 2010, S. 147.

8 Schneider, Werner: Der Prothesen-Körper als gesellschaftliches Grenzproblem. In: Soziologie des Körpers. Hrsg. von M. Schroer. Frankfurt/Main 2005, S. 371-389, hier: S. 373.

9 Vgl. u.a. Artikel in der „ZEIT“ zum Thema „Weitspringer Markus Rehm darf nicht an Leichtathletik-EM teilnehmen“ vom 30.07.14, <<http://www.zeit.de/sport/2014-07/rehm-nicht-zu-leichtathletik-em-zugelassen-prothese>> [Stand: 10.09.14].

10 Sobchack, Vivian: A Leg to Stand On: Prosthetics, Metaphor, and Materiality. In: The Prosthetic Impulse. From a posthuman present to a biocultural future. Hrsg. von M. Smith. Cambridge: MIT Press 2006, S. 17-43.

innerhalb der deutschsprachigen Sozial- und Kulturwissenschaften noch ein weitgehendes Forschungsdesiderat dar.

An dieser Forschungslücke knüpft der vorliegende Aufsatz an, der auf meinem Dissertationsprojekt basiert, das ich aktuell am Lehrstuhl für Europäische Ethnologie/Volkskunde der Universität Augsburg bearbeite. In meinem Projekt beschäftige ich mich mit der Alltags- und Lebenswelt von BeinprothesenträgerInnen (nach Amputation) in Deutschland und erörtere damit verbunden das (diskursive wie praktische) Zusammenspiel von Körper, Technik und (Nicht-)Behinderung. Mittels einer empirisch-ethnographischen Studie soll eine kritische Distanz zu den in der gegenwärtigen Gesellschaft gängigen ‚Normalisierungspraktiken‘ entwickelt, das Alltagsleben von ProthesenträgerInnen genauer unter die Lupe genommen sowie die Möglichkeiten bzw. Grenzen von technisiert erfahrbarer *Körperlichkeit* analysiert werden.

Im Folgenden soll nun genauer dargestellt werden, wie die Themen Prothetik und (Nicht-) Behinderung als Forschungsgegenstände für eine volkscundlich-ethnologische Analyse fruchtbar gemacht werden können. Damit verbunden wird zunächst die theoretische Verortung des Forschungsprojekts erörtert, um anschließend die methodische Herangehensweise und deren praktische Umsetzung darzulegen. Zum Schluss werden die Überlegungen in einem Fazit nochmals zusammengefasst und einer kurzen Reflexion unterzogen.

Prothetik – (Nicht-)Behinderung – Europäische Ethnologie/Volkskunde: Wie passt das zusammen? Zur theoretischen Verortung des Forschungsprojekts

„Ach Sie sind gar keine Medizinerin? Was interessiert Sie dann an diesem Thema?“ Diese Frage wurde mir im Verlauf meiner bisherigen Datenerhebung von verschiedenen Personen des Öfteren gestellt. Und ja, die Frage scheint auf den ersten Blick berechtigt zu sein, denn wie komme ich als Ethnologin bzw. Volkskundlerin auf die Idee, ein augenscheinlich eher naturwissenschaftliches oder allenfalls psychologisches Thema zum Forschungsgegenstand zu machen? Welchen Beitrag kann eine kulturwissenschaftlich ausgerichtete Disziplin überhaupt dazu leisten?

Wie erwähnt, stellt die Erforschung des Alltagslebens von ProthesenträgerInnen innerhalb der internationalen sozial- und kulturwissenschaftlichen, aber auch in der naturwissenschaftlichen und psychologischen Forschung noch ein weitgehendes Desiderat dar. Genau hier bietet nun die Europäische Ethnologie/Volkskunde einen ersten Anknüpfungspunkt, denn sie versteht sich in erster Linie als ‚Alltags(kultur)wissenschaft‘, d.h., ‚Alltag‘ steht als ein zentrales Phänomen oft im Mittelpunkt kulturanthropologischer Analysen.¹¹ Begrifflich lässt sich Alltag zwar nicht eindeutig definieren, doch nach Ansicht des deutschen Volkskundlers Hermann Bausinger bezeichnet Alltag im Grunde den Bereich der Routine, ein Netz von Selbstverständlichkeiten, das unser Leben prägt.¹² In diesem Sinne gehe ich von der Hypothese aus, dass eine Gliedmaßenamputation einen medizinischen Eingriff darstellt, der das Leben der betreffenden Personen gravierend verändert, der Alltag gerät in die Krise. Zudem wird der bisher vertraute eigene Körper als Ausdrucksmedium des Selbst plötzlich fremd und muss in neue individuelle wie auch soziokulturelle Bedeutungskategorien eingeordnet werden, zumal sich die Zuschreibung zur Kategorie ‚Behinderung‘ zuallererst über die visuelle Wahrnehmung des menschlichen Körpers konstituiert.¹³ Als Idealbild gegenwärtiger euro-amerikanischer Gesellschaften gilt dabei der unversehrte, jugendliche, attraktive Gesundheits- und Leistungskörper.¹⁴ Der ‚amputierte‘ Körper stellt insofern ein gesellschaftliches Grenzproblem dar, indem er von den als allgemein gültig empfundenen Normalitätsvorstellungen abweicht. Die Rekonstruktion des ‚versehrten‘ Körpers mittels Prothesen kann dabei sowohl als individuelle wie auch gesellschaftliche Normalisierungsstrategie verstanden werden, mit der nicht nur der einzelne ‚beschädigte‘ Körper wiederhergestellt werden soll, sondern vielmehr auch die soziokulturelle

11 Greverus, Ina-Maria: Kultur und Alltagswelt. Eine Einführung in Fragen der Kulturanthropologie. Frankfurt/Main 1987, S.24; Amelang, Katrin: Transplantierte Alltage. Zur Produktion von Normalität nach einer Organtransplantation. Bielefeld: transcript 2014, S. 34.

12 Bausinger, Hermann: Alltag und Utopie. In: Alltagskultur im Umbruch. Hrsg. von W. Kaschuba/T. Scholze/L. Scholze-Irritz. Weimar: Böhlau 1996, S. 31-48; Amelang, 2014, S. 36.

13 Davis, Lennard J.: Enforcing Normalcy. Disability, Deafness, and the Body. London: Verso 1995, S. 13.

14 Dederich, Markus: Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. 2. unv. Auflage. Bielefeld: transcript 2012, S.80; Rösner, Hans-Uwe: Behindert sein – Behindert werden. Texte zu einer dekonstruktiven Ethik der Anerkennung behinderter Menschen. Bielefeld: transcript 2014, S. 36.

Ordnung, die sich nach Ansicht der britischen Sozialanthropologin Mary Douglas am menschlichen Körper manifestiert.¹⁵ Allerdings wird durch Prothesen die ‚verkörperte Differenz‘ visuell weiterhin aufrechterhalten. ProthesenträgerInnen müssen dementsprechend ihre soziale Position im Gesellschaftsgefüge stets neu aushandeln. Prothesen stellen im Sinne der Volkskundlerin Sabine Kienitz somit nicht nur medizintechnische Artefakte dar, in denen sich ein technisches Fortschrittsdenken materialisiert, sondern vielmehr sind in Prothesen auch bestimmte Vorstellungen vom menschlichen Körper und damit verbunden auch von ‚Gesundheit/Krankheit‘, ‚Normalität/Anormalität‘ bzw. ‚Nicht-Behinderung/Behinderung‘ eingeschrieben.¹⁶ Nach Kienitz ist ausgehend von diesen Objekten daher gerade auch die technische Durchdringung kultureller Ordnungen und Symbolwelten zu beobachten.¹⁷

Fruchtbare Verknüpfungen: Volkskundliche Gesundheitsforschung und Medizinethnologie

Einen zentralen (theoretischen) Anknüpfungspunkt zur Erforschung des Alltagslebens von BeinprothesenträgerInnen bietet schließlich die volkskundliche Gesundheitsforschung bzw. Medikalkulturforschung und damit verbunden auch die Medizinethnologie als Subdisziplin(en) der (Europäischen) Ethnologie.¹⁸ Sowohl die Medikalkulturforschung als auch die Medizinethnologie beschäftigen sich vor allem mit Fragen zu

15 Douglas, Mary: *Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur*. Frankfurt/Main 1974.

16 Kienitz: *Prothesen-Körper*, 2010, S. 148.

17 Kienitz: *Prothesen-Körper*, 2010, S. 148.

18 Volkskundliche Gesundheitsforschung und Medizinethnologie können nicht klar voneinander abgegrenzt werden und sollten daher als sich in fruchtbarer Weise ergänzende Forschungsdisziplinen verstanden werden. Die volkskundliche Gesundheitsforschung unterteilt sich dabei in die Bereiche ‚Volksmedizinforschung‘ und ‚Medikalkulturforschung‘, wobei sich Erstere vor allem in kulturhistorischer Perspektive mit sogenannter ‚volksmäßiger‘ Heilkunde wie z.B. magischen Schutzmitteln, ‚Bauerndoktoren‘ etc. beschäftigt, während sich Letztere gegenwartsbezogenen Themen wie Organtransplantation, Reproduktionsmedizin etc. zuwendet. Die Medizinethnologie umfasst ebenfalls sowohl kulturhistorische als auch gegenwartszentrierte Analysen rund um die Themen Gesundheit/Krankheit, Medizin, Körper etc. Sie hat sich vor allem als Teildisziplin der Ethnologie/Völkerkunde entwickelt und konzentrierte sich daher zunächst auf die Erforschung außereuropäischer Gesellschaften. Heute jedoch beschäftigen sich MedizinethnologInnen auch verstärkt mit der jeweils „eigenen“ Gesellschaft, in der sie leben, weshalb volkskundliche Gesundheitsforschung und Medizinethnologie eben nicht mehr scharf voneinander getrennt werden können. Vgl. hierzu Wolff, Eberhard: *Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und >Volksmedizin<-Forschung*. In: *Grundriss der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie*. 3. überarb. Auflage. Hrsg. von R. W. Brednich. Berlin: Reimer 2001, S.617-635; Dilger, Hansjörg/Doldt, Bernhard: *Medizinethnologie*. In: *Ethnologie. Einführung und Überblick*. 7. überarb. u. erw. Auflage. Hrsg. von B. Beer/H. Fischer. Berlin: Reimer 2012, S. 309-333.

Vorstellungen, Erwartungen und Umgangsweisen in Bezug auf Gesundheit/Krankheit, Körper sowie Medizin im weitesten Sinne. MedizinethnologInnen und MedikalkulturforscherInnen verstehen Gesundheit/Krankheit und Gesundsein/Kranksein dabei nicht allein als biologisch bedingt, sondern betonen vielmehr deren soziokulturelle Dimensionen.¹⁹ Auch die euro-amerikanische Schulmedizin, gemeinhin als Biomedizin bezeichnet, wird in diesem Zusammenhang als EIN kulturspezifisches Medizinsystem unter Vielen verstanden, das sich vor allem seit dem 18. Jahrhundert im Zuge des Aufblühens der Naturwissenschaften in Europa etabliert hat. VertreterInnen der Medizinethnologie kritisieren dabei das biomedizinische Körperkonzept, welches den menschlichen Körper in erster Linie als biologisch und naturwissenschaftlich definiertes und determiniertes Objekt begreift.²⁰ Demgegenüber wird argumentiert, dass der menschliche Körper nie nur in seiner biologischen Konstitution aufgefasst werden kann, sondern vielmehr hängen die jeweilige Vorstellung und Gestaltung des Körpers sowie das Verhältnis zu ihm immer auch von den kulturellen Vorstellungen und sozialen Normen einer Gesellschaft ab.²¹ Im Sinne von Mary Douglas ist der menschliche Körper somit stets physisches und soziales Gebilde zugleich.²²

Die Medizinethnologie bzw. volkskundliche Gesundheitsforschung argumentiert in dieser Hinsicht ähnlich wie VertreterInnen der sogenannten Disability Studies.

(Nicht-)Behinderung neu denken!

Perspektiven der Disability Studies

Bei den Disability Studies handelt es sich um eine interdisziplinär ausgerichtete Forschungsrichtung, die sich seit den 1970er Jahren aus den international aufblühenden Disability Rights Movements entwickelt hat.²³ Die Disability Studies kritisieren das in euro-amerikanischen

¹⁹ Dilger/Hadolt, 2012, S.309-333; Wolff, 2001, S. 617-635.

²⁰ Dilger/Hadolt, 2012, S.309-333.

²¹ Dilger/Hadolt, 2012, S.309-333.

²² Douglas, 1974, S. 99.

²³ Hermes, Gisela/Rohrmann, Eckhard: Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm 2006.

Gesellschaften vorherrschende ‚medizinische Modell‘ von Behinderung, welches diese mit körperlicher/kognitiver Einschränkung gleichsetzt und als persönliches, schicksalhafteres Unglück deutet, das individuell zu bewältigen sei und der medizinisch-therapeutischen Behandlung bedürfe.²⁴ Behinderung wird in diesem Sinne oft mit Krankheit assoziiert und im gesellschaftlichen Verständnis dementsprechend als defizitärer, leidvoller Zustand wahrgenommen. Dies hängt vermutlich auch damit zusammen, dass in internationalen Klassifikationssystemen, die seit 1948 von der World Health Organization (WHO) entwickelt werden, Behinderung bis 1980 nicht von Krankheit unterschieden wurde.²⁵ Insgesamt lassen sich die Begriffe Gesundheit/Krankheit und Behinderung/Nicht-Behinderung letztlich nicht einheitlich und trennscharf definieren. Sie sind vielmehr als mehrdimensional aufzufassen und schließen jeweils unterschiedliche Lebensbezüge eines Menschen ein.²⁶ Der aufgrund eines Rückentumors gelähmte und auf einen Rollstuhl angewiesene US-amerikanische Kulturanthropologe Robert F. Murphy hat in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass vor allem durch Unfall oder Krankheit erworbene körperliche Behinderung in (post-)modernen Gesellschaften als Status ‚betwixt and between‘ täglichen Zuschreibungen bezüglich ‚normaler‘ körperlicher Stärke und Funktion fungiere. Viele Menschen mit körperlichen Behinderungen befänden sich demnach in einem permanenten liminalen Zustand, d.h. sie erfahren sich selbst als ‚gefangen‘ zwischen Krankheit und Gesundheit, Normalität und Anormalität, ‚falschem‘ und ‚richtigem‘ Körper.²⁷ Als behindert klassifizierte Menschen werden damit verbunden häufig auch als ‚Fremde‘ in der ‚eigenen‘ Gesellschaft angesehen, ihre ‚verkörperte Differenz‘ wird weniger als Diversitätsdimension verstanden, sondern vielmehr dazu benutzt, sie als

24 Davis, Lennard J.: Why Is Disability Missing From the Discourse in Diversity? In: The Chronicle of Higher Education. September 2011, S.2/3, <http://chronicle.com/article/Why-Is-Disability-Missing-From/129088/> [Stand: 14.11.14]; vgl. auch Waldschmidt, Anne: Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 29 (2005) 1, S. 9-31, hier: S. 17.

25 Kubanski, Dagmar: Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderungen. Eine qualitative Studie zur Konstruktion von Selbstbehauptungsstrategien im Alltag behinderter Frauen im Kontext grenzüberschreitender Situationen. Dissertation an der Pädagogischen Hochschule Freiburg i.Br., Berlin 2012, S. 20.

26 Kubanski, 2012, S. 16; vgl. auch Dederich, Markus: Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Behinderung und Anerkennung. Hrsg. von M. Dederich/W. Jantzen. Stuttgart: Kohlhammer 2009, S. 15-39, hier: S. 15.

27 Murphy, Robert F.: The Body Silent. New York: Norton 1990.

tragische, von Leid geprägte Figuren zu stereotypisieren.²⁸ VertreterInnen der Disability Studies verstehen (Nicht-)Behinderung dabei weniger als (allein) biologisch bedingt, sondern vielmehr vertreten sie die Meinung, dass (Nicht-)Behinderung und (nicht-)behinderte Körper Kategorien darstellen, die vor allem soziokulturell (in Diskursen und Praktiken) hervorgebracht werden und historischen Wandlungsprozessen unterliegen. Wann ein Individuum als behindert/nicht-behindert, normal/anormal oder gesund/krank angesehen wird, hängt somit nicht allein von seinem physischen bzw. psychischen Zustand ab, sondern auch von den Vorstellungen und Deutungen der Mitglieder einer Gesellschaft. Auch sollten bei der Frage, ob sich ein Individuum selbst als behindert bezeichnet oder von anderen als behindert angesehen wird, weitere Differenzierungskategorien wie Geschlecht, Alter, sozio-ökonomischer Background etc. als Einflussfaktoren berücksichtigt und im Sinne des sogenannten Intersektionalitäts-Konzepts in ihren Wechselwirkungen untersucht werden.²⁹ In ähnlicher Weise hat auch der französische Philosoph und Arzt Georges Canguilhem darauf hingewiesen, dass es sich sowohl beim ‚Normalen‘ als auch beim ‚Pathologischen‘ weniger um „[...] faktische Gegebenheiten oder wissenschaftliche Tatsachen [handelt], sondern [vielmehr] um situationsspezifisch ausgehandelte Werte [...]“.³⁰ Klassifikationen wie gesund/krank, normal/anormal, behindert/nicht-behindert sind somit nur scheinbar naturgetreue Repräsentationen, tatsächlich sind sie maßgeblich durch sozial und kulturell geprägte Ordnungen strukturiert.³¹ (Nicht-)Behinderung fungiert im Rahmen meines Dissertationsprojekts daher vor allem als kulturwissenschaftliche Analysekategorie zur Untersuchung soziokultureller Konstruktionsmechanismen und Differenzierungspraxen.

Menschen verfügen jedoch nicht nur über einen äußerlich sichtbaren Körper, über den soziale Differenzierungs- und Klassifikationsprozesse ablaufen,

28 Wangui Murugami, Margaret: Disability and Identity. In: Disability Studies Quarterly, Vol. 29, No. 4, 2009, ohne Pagination, <<http://dsq-sds.org/article/view/979/1173>> [Stand: 14.11.14].

29 Degele, Nina/Winker, Gabriele: Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten. Bielefeld 2009.

30 Amelang, 2014, S. 138; vgl. Canguilhem, Georges: Das Normale und das Pathologische. Berlin: August-Verlag 2013.

31 Klausner, Martina: Klassifikationen und Rückkopplungseffekte. In: Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung. Hrsg. von S. Beck/J. Niewöhner/E. Sorensen. Bielefeld: transcript 2012, S. 275-299, hier: S. 275.

sondern sie verfügen ebenso über eine ‚innere‘, leibliche Dimension, die das je individuelle Spüren und Empfinden des eigenen Körpers betrifft. Der deutsche Philosoph Helmuth Plessner hat dafür den Ausspruch ‚Körper haben, Leib sein‘ geprägt.³² ‚Leib‘ meint dabei den in der Selbstwahrnehmung gegebenen Leib, das Sich-Spüren, während ‚Körper‘ den sicht- und tastbaren, in der Fremdwahrnehmung gegebenen Körper darstellt.³³ Menschen sind in ihrem Alltagshandeln somit stets ein KörperLeib. Die Medizinethnologie spricht in diesem Zusammenhang auch von ‚Embodiment‘ (Verkörperung), um die beiden Aspekte menschlicher Existenz, ihre Leiblichkeit und ihre Körperlichkeit, zu benennen.³⁴ Die individuellen, leiblichen Wahrnehmungen des Körpers werden allerdings immer auch von den jeweiligen soziokulturellen Rahmenbedingungen geprägt. Wie ProthesenträgerInnen sich selbst sowohl körperlich als auch leiblich erfahren bzw. wahrnehmen, ob sie sich selbst als (spürbar) körperbehindert empfinden oder nicht, hängt auch von der jeweiligen Gesellschaft ab, in der sie leben. Körper, Leib, Gesellschaft und Kultur stehen im Sinne des Embodiment-Konzepts somit in einem dynamischen Wechselverhältnis zueinander.³⁵

Um schließlich zu analysieren, wie sich das konkrete Zusammenspiel zwischen Körper/Leib, Technik und (Nicht-)Behinderung gestaltet, soll ergänzend zu theoretischen Konzepten der Medizinethnologie und Disability Studies auch auf Aspekte der Science and Technology Studies (STS) bzw. kultur- und sozialwissenschaftlichen Technikforschung zurückgegriffen werden.

Technik als Akteur oder: Können Prothesen „handeln“? Antworten der Science and Technology Studies (STS)

Im Sinne der STS geht es um die Analyse von Materialität als Akteur im Alltagshandeln, d.h. um die Frage, inwiefern die Prothese (Technik) an

32 Witteriede, Heinz: Eine Einführung in die Philosophische Anthropologie. Max Scheler, Helmuth Plessner, Arnold Gehlen. Frankfurt/Main: Lang 2009, S. 39-93.

33 Gugutzer, Robert: Verkörperungen des Sozialen. Neophänomenologische Grundlagen und soziologische Analysen. Bielefeld: transcript 2012, S. 17/18.

34 Csordas, Thomas: Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press 1994; vgl. auch Gugutzer, 2012, S. 17.

35 Csordas, 1994; Csordas, Thomas: Embodiment and Cultural Phenomenology. In: Perspectives on embodiment. The intersections of nature and culture. Hrsg. von G. Weiss. New York: Routledge 1999, S. 143-165.

der Konstruktion von (Nicht-)Behinderung beteiligt ist und als nicht-menschlicher Akteur die körperliche und leibliche Wahrnehmung von (Nicht-)Behinderung beeinflusst. Bei den STS handelt es sich um ein seit den 1970er Jahren aufblühendes, interdisziplinäres Forschungsfeld, das vor allem von dem französischen Soziologen Bruno Latour und der von ihm begründeten Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) geprägt wurde.³⁶ Die STS verstehen wissenschaftliches Wissen und Technik dabei als soziale und kulturelle Phänomene, die es vor allem im Alltagsleben verschiedener AkteurInnen kritisch zu untersuchen gilt.³⁷ Speziell die Erforschung von materiellen bzw. technischen Artefakten hat innerhalb der Europäischen Ethnologie/Volkskunde jedoch eine lange Tradition, genannt seien hier die ethnologisch-volkskundliche ‚Sachkulturforschung‘ bzw. ‚materielle Kulturforschung‘. Gegenwärtig erfährt diese vor allem im Zusammenhang mit der zunehmenden Aktualität der STS im deutschsprachigen Raum wieder verstärkt an Aufmerksamkeit. Ein grundlegendes Ziel der Science and Technology Studies ist es dabei, die Beziehung zwischen Mensch und Technik theoretisch (neu) zu erklären. Menschliches Zusammenleben wird daher nicht mehr nur aus der Sicht menschlicher AkteurInnen beleuchtet, sondern analysiert werden vielmehr auch die Beziehungen zwischen Menschen und Nicht-Menschen bzw. Dingen, die sich in sogenannten sozio-technischen Netzwerken entfalten.³⁸ Auch die Volkskundlerin Sabine Kienitz betont, dass im Hinblick auf ‚Prothetik‘ besonders akteurzentrierte und handlungsorientierte Ansätze die Möglichkeit bieten, sowohl den Körper als auch die Technik in ihrer physisch greifbaren Materialität in die kulturelle Analyse mit einzubeziehen.³⁹ Aus Perspektive der STS kann (Nicht-)Behinderung damit verbunden zudem verstanden werden als „[...] a simultaneous biological, socio-material and semiotic effect produced by heterogeneous objects.“⁴⁰

36 Beck, Stefan/Niewöhner, Jörg/Sørensen, Estrid: Einleitung. Science and Technology Studies aus sozial- und kulturanthropologischer Perspektive. In: Dies. (Hg.): Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung. Bielefeld: transcript 2012, S. 9-49, hier: S. 11; Belliger, Andrea/Krieger, David J.: Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. In: Dies. (Hg.): ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: transcript 2006, S. 13-51, hier: S. 14.

37 Beck/Niewöhner/Sørensen, 2012, S. 9-49.

38 Beck/Niewöhner/Sørensen, 2012, S. 9-49; Belliger/Krieger, 2006, S. 13-51.

39 Kienitz, 2010, S. 160.

40 Galis, Vasilis: Enacting disability: how can science and technology studies inform disability studies? In: Disability & Society, 26:7 (2011), S. 825-838, hier: S. 825.

Bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass die Europäische Ethnologie/Volkskunde als ‚Alltags(kultur)wissenschaft‘ in Kombination mit theoretischen Aspekten der Medikalkulturforschung bzw. Medizinethnologie, Disability Studies und Science and Technology Studies eine fruchtbare Möglichkeit bietet, die Phänomene ‚Prothetik‘ und ‚(Nicht-)Behinderung‘ in ihrer Komplexität und alltagsweltlichen Erfahrung zu analysieren.

Die theoretische Herangehensweise wäre also geklärt. Wie lässt sich das Ganze nun in der konkreten Praxis methodisch umsetzen?

Wo findet man ProthesenträgerInnen? Die methodische Annäherung an einen unbekannten Forschungsgegenstand

Da ich aus gegenwartszentrierter Perspektive die Alltags- und Lebenswelt von BeinprothesenträgerInnen in Deutschland erforschen möchte, habe ich mich in methodischer Hinsicht bei meinem Dissertationsprojekt für eine empirisch-ethnographische Vorgehensweise und somit für ein qualitatives Forschungsdesign entschieden. Die Erhebung der empirischen Daten erfolgt im Sinne eines multi-sited-approach, d.h. die erforderlichen Daten werden an verschiedenen Orten und durch die Kombination unterschiedlicher Methoden wie qualitative Interviews, Feldforschung, teilnehmende Beobachtung, Literaturanalysen etc. gesammelt.⁴¹

Zu Beginn meiner Forschung stellten sich mir dabei zunächst vor allem folgende Fragen: Wo finde ich überhaupt BeinprothesenträgerInnen? Wie viele Menschen mit Beinamputation bzw. Beinprothesen gibt es in Deutschland? Und wie kann ich mit diesen in Kontakt treten?

Da weder ich noch mein Freundeskreis bis zu diesem Zeitpunkt jemanden kannten, der/die eine Beinprothese trägt, habe ich über das Internet nach entsprechenden Statistiken sowie organisatorischen Strukturen von möglichen Hilfsangeboten recherchiert. Wie diese Suche verlaufen ist, wird im nächsten Kapitel genauer erläutert.

41 Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthof, Herbert/Nieswand, Boris (Hg.): Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. München: UVK 2013; Marcus, George E.: Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. In: Annual Review of Anthropology, Vol. 24 (1995), S. 95-117.

BMAB sei Dank! Selbsthilfegruppen für ProthesenträgerInnen als Ausgangspunkt der (Feld-)Forschung

Möchte man sich einen Überblick über die Anzahl der in Deutschland lebenden Menschen mit Beinamputation bzw. Beinprothesen verschaffen, stößt man schnell an gewisse Grenzen, denn so gibt es weder eine offizielle Amputationsstatistik noch ein umfassendes Prothesenregister. Sämtliche Angaben diesbezüglich beruhen daher lediglich auf Schätzungen von Kliniken, Krankenkassen, OrthopädietechnikerInnen und der Prothesenbauindustrie. Demnach werden in Deutschland pro Jahr zwischen 40.000 und 60.000 Beinamputationen infolge von Unfällen, Krebs, Diabetes oder arteriellen Verschlusskrankheiten durchgeführt.⁴² Wie viele der betreffenden Individuen dann tatsächlich auch mit Prothesen versorgt sind, kann nicht genau gesagt werden. So konnten mir weder das Bundesamt für Statistik noch der GKV-Spitzenverband oder das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information diesbezüglich konkrete Angaben machen.⁴³

Stellen ProthesenträgerInnen möglicherweise eine marginalisierte Gruppe im deutschen Gesundheitswesen dar? Diese Frage stellte sich mir angesichts meiner eher wenig erfolgreichen Nachforschungen.

Offenbar lag ich mit dieser Einschätzung auch nicht ganz falsch, denn genau dieser Punkt wird unter anderem von dem 2009 gegründeten Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V. (BMAB) kritisiert, auf den ich bei meinen Internetrecherchen gestoßen bin. Der Verband versteht sich dabei als zentrale Interessensvertretung und tritt ein für die Verbesserung der prothetischen Versorgung von Menschen mit Arm- oder Beinamputation, er betreibt Lobbyarbeit, um die Öffentlichkeit und vor allem auch die Politik für die Belange von Amputierten bzw. ProthesenträgerInnen zu sensibilisieren, er klärt auf über rechtliche Ansprüche bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

⁴² Baumgartner, René/Botta, Pierre: Amputation und Prothesenversorgung. Indikationsstellung, operative Technik, Nachbehandlung, Funktionstraining, Rehabilitation. 3. vollst. überarb. Auflage, Stuttgart: Thieme 2008, S. 15-17; vgl. auch Mitterhuber, Thomas: Amputation und Prothese. Artikel auf der Homepage „myhandicap“ 7/2012, <<http://www.myhandicap.de/prothese-amputation.html>> [Stand: 04.02.15].

⁴³ Im November 2014 wurden von mir an die genannten drei Institutionen entsprechende Anfragen per Mail verschickt.

und organisiert verschiedene Workshops sowie Aufklärungsveranstaltungen.⁴⁴ Darüber hinaus werden auf der Verbands-Homepage sämtliche Selbsthilfegruppen (SHGs) für ProthesenträgerInnen, die in Deutschland derzeit bestehen, aufgelistet. Demnach gibt es aktuell 57 entsprechende Gruppen.⁴⁵ Meine Ausgangsfrage „Wo finde ich ProthesenträgerInnen“ war somit gewissermaßen beantwortet, denn ich hatte beschlossen, mit einer der Selbsthilfegruppen Kontakt aufzunehmen, in der Hoffnung, mir auf diese Weise einen ersten Zugang zum Forschungsfeld zu verschaffen.

Aus forschungspraktischen Gründen fiel meine Wahl dabei auf eine Gruppe aus dem süddeutschen Raum. Nach einem kurzen Telefongespräch mit der SHG-Leiterin im Juni 2013 befand ich mich bereits wenige Tage später auf dem Weg zu meinem ersten Selbsthilfegruppentreffen für ProthesenträgerInnen. Als ich die Gaststätte betrat, in der die monatlichen Treffen stattfinden, war ich ziemlich nervös. Ich wusste nicht, wie die verschiedenen SHG-Mitglieder auf mich reagieren würden, zumal ich in gewisser Weise auch ‚Angst‘ davor hatte, in ein Fettnäpfchen zu treten, was die Begriffe ‚Behinderung‘ und ‚behindert‘ betraf, denn ich wusste zu diesem Zeitpunkt noch nicht, ob sich ProthesenträgerInnen selbst als ‚behindert‘ bezeichnen oder nicht. Ich wollte daher keine Kategorien von außen an sie herantragen. Anfangs hatte ich zudem das Gefühl, von einigen SHG-Mitgliedern etwas kritisch beäugt zu werden. So wurde ich beispielsweise von einer etwa Ende 60-jährigen Frau gefragt: *Man sieht, dass Sie keine Prothese tragen. Darf ich Sie fragen, was Sie dann überhaupt hier wollen?*⁴⁶ Ich habe ihr daher mein Dissertationsvorhaben erklärt und ihr erzählt, dass mich vor allem die Frage interessiert, was es heißt, in Deutschland nach einer Amputation mit Beinprothese zu leben. Daraufhin hatte sie schließlich gleich damit begonnen, mir ihre Amputationsgeschichte zu erzählen. Gleichzeitig habe ich mich jedoch gefragt, woran die Frau gemerkt hat, dass ich keine Prothesenträgerin bin, zumal ich eine lange Jeanshose und geschlossene Schuhe getragen habe? Lag es daran, dass ich im Vergleich zu den

⁴⁴ Vgl. Homepage des BMAB, <http://www.bmab.de/> [Stand: 11.02.15].

⁴⁵ Die Anzahl der auf der BMAB-Homepage aufgelisteten Selbsthilfegruppen muss als unvollständig betrachtet werden, denn so wird eine Gruppe, mit der ich mittlerweile in Kontakt stehe, dort (noch) nicht genannt.

⁴⁶ Beobachtungsprotokoll I, SHG I, 03.07.2013.

meisten anwesenden SHG-Mitgliedern die Treppe, die zum Gaststättenraum führte, recht flott hoch und herunter laufen konnte, ohne mich dabei am Treppengeländer oder auf einem Gehstock abstützen zu müssen? Oder lag es vielleicht daran, dass ich beim Gehen nicht humpelte? Da mir die oben genannte Frage im weiteren Verlauf meiner Forschung immer wieder auch von anderen ProthesenträgerInnen gestellt wurde, vermute ich, dass mich die Frau tatsächlich anhand meiner äußeren körperlichen Erscheinung bzw. meiner Körperbewegungen auf den ersten Blick als ‚Nicht-Prothesenträgerin‘ identifiziert hat. Dies verdeutlicht aber auch in exemplarischer Weise, dass (wechselseitige) Zuschreibungs- und Differenzierungsprozesse vor allem über die visuelle Wahrnehmung des menschlichen Körpers ablaufen, denn wenn Menschen einander begegnen, dann begegnen sich zuallererst Körper.⁴⁷ Waren für mich ProthesenträgerInnen somit zu Beginn meiner Forschung ‚verkörperte Andere‘ bzw. ‚Fremde‘, denen ich mich annähern wollte, so war ich für die von mir befragten und beobachteten ProthesenträgerInnen ebenfalls zunächst eine ‚verkörperte Andere‘ oder ‚Fremde‘, die an ihrem Leben interessiert ist. Damit verbunden muss man sich als Forscherin zugleich aber auch die Gefahr des sogenannten Othinging bzw. Exotisierens bewusst machen, was dann der Fall wäre, wenn BeinprothesenträgerInnen lediglich auf ihre ‚verkörperte Differenz‘ bzw. die ihnen gesellschaftlich zugeschriebene ‚Behinderung‘ reduziert würden. In diesem Sinne muss daher stets betont werden, dass es sich bei der Definition des ‚Eigenen‘ und ‚Anderen‘ bzw. ‚Fremden‘ immer um spezifische Konstruktionen handelt, d.h. das ‚Andere‘ wird als Objekt ethnologischer Forschung erst als solches geschaffen.⁴⁸ In diesem Zusammenhang erscheint es zudem sinnvoll, die eigene Subjektivität und Körperlichkeit bzw. Leiblichkeit im Forschungsprozess verstärkt zu reflektieren, um auf diese Weise als gegeben betrachtete (verkörperte) Selbstverständlichkeiten und Kategorien wie

47 Gugutzer, Robert/Schneider, Werner: Der „behinderte“ Körper in den Disability Studies. Eine körpersoziologische Grundlegung. In: Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Hrsg. von A. Waldschmidt/W. Schneider. Bielefeld: transcript 2007, S. 31-55, hier: S. 41.

48 Fabian, Johannes: Präsenz und Repräsentation. Die Anderen und das anthropologische Schreiben. In: Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Hrsg. von E. Berg/M. Fuchs. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1993, S. 335-364; Bierschenk, Thomas/Krings, Matthias/Lentz, Carola: Was ist ethno an der deutschsprachigen Ethnologie der Gegenwart? In: Ethnologie im 21. Jahrhundert. Hrsg. von T. Bierschenk/M. Krings/C. Lentz. Berlin: Reimer 2013, S. 7-35, hier: S. 19.

behindert/nicht-behindert, krank/gesund oder anormal/normal kritisch zu hinterfragen. Die Ethnologin Vera Kalitzkus, die sich in ihrer Dissertation mit dem Thema Organspende beschäftigt hat, weist beispielsweise darauf hin, dass durch ein derartiges Selbststudium des/der Forschenden Erkenntnisse erlangt werden können, die auch etwas über das jeweils beforschte Thema aussagen.⁴⁹ Es geht also darum, sich selbst „[...] mit allen Sinnen als Erkenntnisinstrument zu begreifen – und zwar nicht nur den eigenen Verstand, sondern auch körperliche Empfindungen und Gefühle [...].“⁵⁰

Letztendlich verlief mein erstes Zusammentreffen mit ProthesenträgerInnen dann doch sehr gut, ich wurde im Verlauf des Abends herzlich aufgenommen, wobei alle SHG-Mitglieder großes Interesse an meinem Dissertationsprojekt bekundeten.

Mittlerweile stehe ich mit insgesamt drei Selbsthilfegruppen für ProthesenträgerInnen in Kontakt und nehme seit knapp zwei Jahren regelmäßig an den monatlichen Treffen und verschiedenen Aktivitäten teil. So habe ich beispielsweise im Sommer 2014 ein Sportcamp besucht, das von einer der Selbsthilfegruppen organisiert wurde. Dort konnten die SHG-Mitglieder unter der Anleitung namhafter Paralympics-Athleten Sportprothesen austesten. Meine Anwesenheit bei den SHG-Treffen selbst ist unterdessen zur Selbstverständlichkeit geworden, ich werde von den Meisten mit ‚Du‘ angesprochen und bin in die jeweiligen E-Mail-Verteiler der Selbsthilfegruppen aufgenommen worden. Dass ich im ethnologischen Sinne somit gewisse ‚Mitspielkompetenzen‘ erworben habe, wird auch daran deutlich, dass ich, je mehr Informationen ich durch meine verschiedenen Recherchen sammle, bei Selbsthilfegruppentreffen immer wieder gefragt werde, ob ich zu einem bestimmten Prothesenmodell oder zu gesetzlichen Rahmenbedingungen etc. Genaueres wisse. Allerdings endet meine ‚Mitwisserschaft‘ letztlich immer wieder an meiner eigenen Körperlichkeit/Leiblichkeit, was mir vor allem dann bewusst wird, wenn sich

49 Kalitzkus, Vera: Als Ethnologin in der Medizin?: ein persönliches Resümee. In: Form, Macht, Differenz. Motive und Felder ethnologischen Forschens. Hrsg. von E. Hermann/K. Klenke/M. Dickhardt. Göttingen: Univ.-Verl. 2009, S. 347-355, hier: S. 352/353.

50 Kalitzkus, 2009, S. 353.

ProthesenträgerInnen beispielsweise über Druckschmerzen am Beinstumpf unterhalten, denn diese Erfahrung kann ich körperlich-leiblich nicht nachempfinden. Zudem war ich selbst in meinem Leben noch nie persönlich mit der gesellschaftlichen Zuschreibung ‚Körperbehinderung‘ konfrontiert. Dies gilt es daher, sich im Forschungsprozess stets vor Augen zu halten.

Zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass die verschiedenen Selbsthilfegruppen eine ideale Ausgangsbasis für den weiteren Zugang zum Forschungsfeld darstellten, denn so konnte ich auf diese Weise unter anderem auch erste InterviewpartnerInnen auswählen. Weitere ProthesenträgerInnen, die nicht Mitglied in einer Selbsthilfegruppe sind, habe ich schließlich während einer mehrwöchigen Feldforschungsphase in einem größeren deutschen Orthopädietechnikzentrum kennengelernt, zu dem der Kontakt über Martina Schubert,⁵¹ die Leiterin einer der Selbsthilfegruppen, zustande kam.

OrthopädietechnikerInnen als GesundheitshandwerkerInnen und das Orthopädietechnikzentrum als Ort der technikspezifischen Wissensvermittlung

Bereits während der ersten SHG-Treffen, an denen ich teilgenommen habe, fiel mir auf, dass regelmäßige Besuche im Orthopädietechnikzentrum offenbar zum festen Bestandteil im Alltagsleben von ProthesenträgerInnen gehören, weshalb ich den Prozess der orthopädietechnischen Prothesenanpassung genauer erforschen wollte. Wie erleben ProthesenträgerInnen die Zeit im Orthopädietechnikzentrum? Wie gehen OrthopädietechnikerInnen und ProthesenträgerInnen einerseits miteinander und andererseits mit dem technischen Artefakt Prothese um? Wie werden im Orthopädietechnikzentrum ‚prothetisierte‘ Körper und damit verbunden (Nicht-)Behinderung und (A-)Normalität sowohl diskursiv als auch in konkreten Praktiken hergestellt? Und welche Rolle spielen OrthopädietechnikerInnen bei der Generierung und Vermittlung von praktischem Wissen in Bezug auf die ‚richtige‘ Anwendung von Prothesen? Diese Fragen sollten mich bei meiner Feldforschung leiten.

⁵¹ Bei sämtlichen hier verwendeten Namen von Interview- und GesprächspartnerInnen handelt es sich aus Gründen der Anonymisierung um Pseudonyme.

Bereits im Juli 2013 hatte ich dabei die Möglichkeit, Martina Schubert mit zur Prothesenanpassung ins Orthopädietechnikzentrum zu begleiten. Dort habe ich schließlich den Orthopädietechnikermeister Karl Bergmann kennengelernt, über den ich wiederum meinen Forschungsaufenthalt im Februar/März 2014 organisiert habe.

Meine Feldforschung im OT-Zentrum lief dabei offiziell unter der Bezeichnung ‚Praktikum‘, d.h. mir wurde institutionell die Rolle der ‚Orthopädietechnik-Praktikantin‘ zugeschrieben. Dies spiegelte sich auch in meiner Kleidung wider, denn so wurde ich bereits vor Antritt meines ‚Praktikums‘ vom Orthopädietechniker Karl Bergmann per Mail darum gebeten, wie alle anderen MitarbeiterInnen des OT-Zentrums auch, in weißer Hose und weißem Oberteil zu erscheinen. Weiß hat sich dabei seit dem 19. Jahrhundert in euro-amerikanischen Gesellschaften als DIE Kleidungsfarbe von MitarbeiterInnen in sogenannten Gesundheitsberufen herausgebildet und stellt heutzutage vor allem das Erkennungssymbol von Ärzten und Ärztinnen dar.⁵² Auch die Orthopädietechnik wird in Deutschland offiziell zum Bereich der Gesundheitsfachberufe bzw. des Gesundheitshandwerks gezählt, sodass die Wahl der Farbe Weiß im Hinblick auf die berufsspezifische Kleidung nicht verwunderlich scheint.⁵³

Insgesamt hat mir die Zeit im OT-Zentrum einen wichtigen Einblick in den Prozess des orthopädietechnischen Prothesenittings und die damit verbundene Aushandlung bzw. Herstellung von (A-)Normalität und (Nicht-)Behinderung gegeben. So durfte ich in meiner Rolle als ‚OT-Praktikantin‘ beispielsweise bei der Anpassung von Bein- und auch Armprothesen zusehen, ich war beim Anfertigen von Gipsabdrücken für Prothesenschäfte teilweise sogar selbst aktiv beteiligt, ich durfte Druckstellen an Beinstümpfen mit Edding oder Lippenstift anzeichnen, war bei Besuchen von ProthesenträgerInnen im Altersheim dabei oder habe OrthopädietechnikerInnen zu Erstgesprächen

⁵² Vgl. zur Kulturgeschichte des weißen Arztkittels Blumhagen, Dan W.: The doctor's white coat: The image of the physician in modern America. In: *Annals of Internal Medicine* 91 (1979), S. 111-116; Amelang, 2014, S. 53/54.

⁵³ Vgl. Homepage des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks, <<http://www.zdh.de/themen/soziale-sicherungssysteme/gesundheitshandwerke.html>> [Stand: 06.01.15]. Auf die Bedeutung des Begriffs ‚Gesundheitshandwerk‘ im Zusammenhang mit der Orthopädietechnik werde ich bei der Ausarbeitung meiner Dissertation noch genauer eingehen.

ins Krankenhaus begleitet, wo diese Personen, denen erst vor Kurzem ein Bein amputiert wurde, über die mögliche Versorgung mit Prothesen und potentielle Rehakliniken aufgeklärt haben.

Zudem hatte ich im Orthopädietechnikzentrum auch die Möglichkeit, mit unterschiedlichen ProthesenträgerInnen zu sprechen und weitere InterviewpartnerInnen ausfindig zu machen. Darüber hinaus habe ich während meines Feldaufenthaltes auch qualitative Interviews mit fünf Orthopädietechnikern durchgeführt, die auf Prothetik spezialisiert sind.

Eine wesentliche Beobachtung, die ich im OT-Zentrum unter anderem gemacht habe ist, dass es sich beim Prozess des Prothesenfittings und dem damit verbundenen Laufen(lernen) mit Prothese (im Sinne der STS) vor allem um ein performatives Aushandeln von (temporärer) Handlungsträgerschaft (agency) zwischen den verschiedenen, an der Situation beteiligten menschlichen und nicht-menschlichen AkteurInnen handelt, wobei insbesondere Körperpraktiken eine entscheidende Rolle bei der Herstellung und Vermittlung von technikspezifischem Wissen in Bezug auf den ‚richtigen‘ Gebrauch von Prothesen spielen. Des Weiteren ist mir aufgefallen, dass Begriffe wie (Nicht-) Behinderung/ Behinderung und Gesundheit/Krankheit von OrthopädietechnikerInnen reflektiert verwendet und auch kritisch hinterfragt werden.⁵⁴

Insgesamt hat das Orthopädietechnik-Zentrum somit einen idealen Ort dargestellt, an dem vor allem das praktische Zusammenspiel von Körper/Leib, Technik und (Nicht-)Behinderung erforscht werden konnte. Neben dem OT-Zentrum sollte schließlich auch noch eine Amputations- bzw. Rehabilitationsklinik als Ort der Feldforschung dienen.

Verwehrter Zugang zur Amputationsklinik – offene Türen in der Rehaeinrichtung

Eine Amputation kann als Transformationserfahrung ähnlich eines Übergangsrituals im Sinne Arnold van Genneps bzw. Victor Turners

⁵⁴ Bei der Ausarbeitung meiner Dissertation werde ich genauer auf diese Aspekte eingehen.

verstanden werden. Die als ‚nicht-behindert‘ sozialisierten Individuen finden sich nach einem derartigen medizinischen Eingriff in ihren Körper plötzlich mit der gesellschaftlichen Zuschreibung ‚behindert‘ konfrontiert. In diesem Sinne gehe ich von der Hypothese aus, dass vor allem die Klinik, in der die Amputation durchgeführt wird, einen ersten Ort der Transformation darstellt. Deutlich wird dies exemplarisch an der Aussage eines 68-jährigen Beinprothesenträgers, der sagt: *Du wachst aus der Narkose auf und weißt, dass du behindert bist. Das erkennst du daran, weil es dein Umfeld erkennt.*⁵⁵ Gleichzeitig wird durch die chirurgische Wahl der Amputationshöhe die anschließende ‚Prothesenkompatibilität‘ der jeweiligen Person (medizinisch) festgelegt. Werden Körper somit quasi zunächst durch den medizinischen Akt der Amputation als ‚behinderte‘ Körper hergestellt, so sollen sie anschließend in der Rehaklinik durch das Bereitstellen von Prothesen und die Rekultivierung bestimmter Körpertechniken wie dem ‚aufrechten Gang‘ wieder ‚normaler‘ und dementsprechend weniger behindert gemacht werden. Im Sinne Michel Foucaults und nach Ansicht von Anne Waldschmidt sind ‚behinderte‘ Körper daher in erster Linie ‚disziplinierte‘ Körper, da sie mittels chirurgischer Eingriffe, Prothesen, Implantaten etc. korrigiert und wieder näher an gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen herangerückt werden sollen.⁵⁶

Aufgrund dieser Vorüberlegungen wollte ich daher Kontakt mit einer auf Amputation spezialisierten Klinik aufnehmen, um dort eine längere Feldforschungsphase zu absolvieren. Nach einigem Hin und Her sowie diversen Mail-Wechseln mit der Pflegedienstleitung wurde mir jedoch letztendlich der Zugang zur Amputationsklinik verwehrt. Die Absage wurde mir dabei offiziell aus organisatorischen Gründen erteilt, was vermutlich auch damit zusammenhängt, dass sich die Klinik momentan in einer Phase der Umstrukturierung befindet und in Zukunft weniger auf Amputationschirurgie, sondern verstärkt auf Schmerztherapie fokussieren will, wie ich im Nachhinein von verschiedenen OrthopädietechnikerInnen

⁵⁵ Vgl. Beobachtungsprotokoll V, OT-Zentrum, 18.02.14.

⁵⁶ Waldschmidt, Anne: Behinderte Körper: Stigmatheorie, Diskurstheorie und Disability Studies im Vergleich. In: Marginalisierte Körper. Beiträge zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers. Hrsg. von T. Junge/I. Schmincke. Münster 2007, S. 27-45.

und auch ProthesenträgerInnen erfahren habe. Zugleich wird daran aber auch in gewisser Weise die aktuelle Lage der Amputationsmedizin in Deutschland bzw. im deutschsprachigen Raum erkenntlich, denn so fristet die Amputationschirurgie im Vergleich zu anderen medizinischen Fachdisziplinen „[...] oft genug ein Mauerblümchendasein [...]“⁵⁷ wie der Orthopäde René Baumgartner und der Orthopädietechnikermeister Pierre Botta schreiben. Das Werk von Baumgartner/Botta kann dabei als DAS Standardwerk im Bereich der medizinischen und orthopädietechnischen Fachliteratur zum Thema Amputation und Prothesenversorgung angesehen werden. Zudem stellt es mehr oder weniger auch das einzige umfassende Werk zu diesem Themenkomplex dar, wie meine Literaturrecherchen ergeben haben, weshalb es seit Jahren immer wieder neu aufgelegt und überarbeitet wird.⁵⁸

Da meine Anfrage in der Amputationsklinik somit nicht erfolgreich war, habe ich mich schließlich dazu entschlossen, mit einer Rehaklinik Kontakt aufzunehmen, um dort eine weitere Feldforschungsphase absolvieren zu können. Die Rehaklinik ist dabei vor allem als Ort interessant – so meine Hypothese – an dem durch das Bereitstellen von ersten Prothesen mit spezifischen Normalisierungspraktiken und der Einübung von Alltagspraktiken wie Treppensteigen begonnen wird. Damit verbunden kann in der Rehaklinik im Sinne des Embodiment-Konzepts erforscht werden, wie es Menschen gelingt, nach einer Beinamputation die Prothese in ihren Körper/Leib und in ihr Selbstbild zu integrieren und wie dadurch spezifische Vorstellungen von ‚(Nicht-)Behinderung‘ und ‚(nicht-)behinderten Körpern‘ verhandelt werden.

Der Kontakt zur Rehaklinik kam ebenfalls über die SHG-Leiterin Martina Schubert zustande und verlief relativ problemlos. Die Feldforschung ist für März 2015 geplant, weshalb zu den dortigen (Handlungs-)Abläufen zum jetzigen Zeitpunkt noch keine genaueren Aussagen gemacht werden können.

⁵⁷ Baumgartner/Botta, 2008, S. 7.

⁵⁸ 2008 ist das Werk von Baumgartner/Botta in der 3., überarbeiteten und seither aktuellsten Auflage erschienen, wobei es sich insgesamt aus drei bereits früher veröffentlichten Werken zusammensetzt: „Amputation und Prothesenversorgung der unteren Extremität“ (1989), „Amputation und Prothesenversorgung der oberen Extremität“ (1997) sowie „Physiotherapie und Sport nach Beinamputationen“ (2000).

Zusammenfassend kann im Hinblick auf die methodische Herangehensweise jedoch festgehalten werden, dass meine zentralen Forschungsorte drei Selbsthilfegruppen für ProthesenträgerInnen, das jeweilige Zuhause der verschiedenen InterviewpartnerInnen, ein Orthopädietechnikzentrum sowie eine Rehabilitationsklinik in Deutschland darstellen. Mittlerweile konnte ich im Rahmen meiner Datenerhebung dabei neben den bereits erwähnten Interviews mit Orthopädietechnikern auch qualitative Interviews mit insgesamt elf ProthesenträgerInnen unterschiedlichen Alters, Geschlechts, Amputationsursachen, Amputationshöhen und Prothesenmodellen sowie mit dem Präsidenten des Bundesverbandes für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V. (BMAB) durchführen. Sämtliche Interviews wurden von mir im Anschluss vollständig transkribiert. Auf der Basis von Feldnotizen wurden von mir zu den verschiedenen Feldforschungsphasen zudem ausführliche Beobachtungsprotokolle erstellt. Bleibt abschließend noch ein kurzer Blick auf den Prozess der Datenauswertung zu werfen.

Bevor man den Wald vor lauter Bäumen (oder Prothesen) nicht mehr sieht! Zum Prozess der Datenauswertung

Mittlerweile verfüge ich über einen beachtlichen Datenkorpus von mehreren hundert Seiten Interviewtranskript, Beobachtungs- und Gedächtnisprotokollen, Forschungstagebuch sowie verschiedenen Methodik-Theorie-Exzerpten. Um hierbei den Überblick zu behalten und besagten Wald vor lauter Bäumen, oder in meinem Fall eben Prothesen, nicht zu verlieren, orientiere ich mich bei der Analyse und Auswertung sämtlicher Daten in erster Linie an ethnologischen und ethnographischen Kriterien in Kombination mit Prinzipien der von Anselm Strauss und Barney Glaser begründeten Grounded Theory. Datenerhebung und -auswertung stellen dabei einen parallel zueinander verlaufenden Prozess dar, der unter anderem auf dem Prinzip des ‚permanenten Vergleichs‘ und des ‚Kodierparadigmas‘ basiert.⁵⁹ Die Kombination von Ethnographie und Grounded Theory ermöglicht somit eine strukturierte und theoretisch fundierte Generierung

⁵⁹ Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (Hg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. (Lehr- und Handbücher der Soziologie). München: Oldenbourg 2008, S. 183-217.

‚dichter Beschreibungen‘, indem von Anbeginn der Forschung die bereits gewonnenen Daten immer wieder miteinander verglichen sowie erste Hypothesen am Material entwickelt werden und darauf aufbauend so lange weiteres Datenmaterial erhoben wird, bis keine neuen Fragen mehr auftauchen.⁶⁰ Dies erscheint im Hinblick auf mein Forschungsvorhaben daher besonders geeignet, zumal sich die Europäische Ethnologie/Volkskunde in erster Linie durch eine induktive Vorgehensweise auszeichnet, d.h. es wird nicht nur auf vorgefasste Theorien zurückgegriffen, sondern ebenso werden neue Thesen und Argumente aus dem empirisch erhobenen Material selbst entwickelt und anschließend in theoretische Zusammenhänge eingeordnet.⁶¹

Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Erforschung des Alltagslebens von BeinprothesenträgerInnen innerhalb der internationalen Sozial- und Kulturwissenschaften und speziell in Deutschland noch ein weitgehendes Forschungsdesiderat darstellt. Besonders die Europäische Ethnologie/Volkskunde als ‚Alltags(kultur)wissenschaft‘ bietet mit ihrer methodischen Herangehensweise und in Kombination mit theoretischen Aspekten der Medizinethnologie, Disability Studies sowie Science and Technology Studies dabei eine fruchtbare Möglichkeit, nicht nur einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke, sondern auch zu einem neuen bzw. tieferen Verständnis von gesellschaftlich verankerten Vorstellungen über (Nicht-)Behinderung, Körperbilder und Prothesen- bzw. Techniknutzung zu leisten, indem diese kritisch hinterfragt werden. Im Sinne von Vera Kalitzkus liegen die Stärken der Europäischen Ethnologie/Volkskunde im Bereich der Gesundheits-, Medizin- bzw. Körperforschung somit vor allem darin, „[...] für die Vielschichtigkeit und Komplexität menschlichen Lebens

60 Charmaz, Kathy/Mitchell, Richard G.: Grounded Theory in Ethnography. In: Handbook of Ethnography. Hrsg. von P. Atkinson. London: SAGE, 2007, S. 160-175.

61 Hess, Sabine/Schwertl, Maria: Vom „Feld“ zur „Assemblage“? Perspektiven europäisch-ethnologischer Methodenentwicklung – eine Hinleitung. In: Europäisch-ethnologisches Forschen. Neue Methoden und Konzepte. Hrsg. von S. Hess. Berlin: Reimer 2013, S. 13-39; Schmidt-Lauber, Brigitta: Feldforschung. Kulturanalyse durch teilnehmende Beobachtung. In: Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Hrsg. von S. Göttisch/A. Lehmann. (Ethnologische Paperbacks). Zweite, überarb. und erw. Auflage. Berlin: Reimer 2007, S. 219-249.

zu sensibilisieren [...]“,⁶² wobei auf Basis der durch die jeweilige Forschung gewonnenen Erkenntnisse oftmals auch praktische Handlungsanleitungen für Politik, Medizin oder Gesundheitssystem formuliert werden können.

Carolyn Ruth M.A., studierte von 2007 bis 2012 an der Universität Augsburg Europäische Ethnologie/Volkskunde, Kunstgeschichte und Soziologie. Der Aufsatz entstand im Rahmen ihres Dissertationsprojekts, an dem sie aktuell am Lehrstuhl für Europäische Ethnologie/Volkskunde arbeitet.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Feldforschung:

Beobachtungsprotokoll I, SHG I, 03.07.2013.

Beobachtungsprotokoll V, OT-Zentrum, 18.02.14

Forschungsliteratur:

- Amelang**, Katrin: Transplantierte Alltage. Zur Produktion von Normalität nach einer Organtransplantation. Bielefeld: transcript 2014.
- Baumgartner**, René/Botta, Pierre: Amputation und Prothesenversorgung. Indikationsstellung, operative Technik, Nachbehandlung, Funktionstraining, Rehabilitation. 3. vollst. überarb. Auflage, Stuttgart: Thieme 2008.
- Bausinger**, Hermann: Alltag und Utopie. In: Alltagskultur im Umbruch. Hrsg. von W. Kaschuba/T. Scholze/L. Scholze-Irrlitz. Weimar: Böhlau 1996, S. 31-48.
- Beck**, Stefan/Niewöhner, Jörg/Sørensen, Estrid: Einleitung. Science and Technology Studies aus sozial- und kulturanthropologischer Perspektive. In: Dies. (Hg.): Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung. Bielefeld: transcript 2012, S. 9-49.
- Belliger**, Andrea/Krieger, David J.: Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. In: Dies. (Hg.): ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: transcript 2006, S. 13-51.
- Bierschenk**, Thomas/Krings, Matthias/Lentz, Carola: Was ist ethno an der deutschsprachigen Ethnologie der Gegenwart? In: Ethnologie im 21. Jahrhundert. Hrsg. von T. Bierschenk/M. Krings/C. Lentz. Berlin: Reimer 2013, S. 7-35.
- Blumhagen**, Dan W.: The doctor's white coat: The image of the physician in modern America. In: Annals of Internal Medicine 91 (1979), S. 111-116.
- Breidenstein**, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthof, Herbert/Nieswand, Boris (Hg.): Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. München: UVK 2013.
- Canguilhem**, Georges: Das Normale und das Pathologische. Berlin: August-Verlag 2013.
- Charmaz**, Kathy/Mitchell, Richard G.: Grounded Theory in Ethnography. In: Handbook of Ethnography. Hrsg. von P. Atkinson. London: SAGE, 2007, S. 160-175.
- Csordas**, Thomas: Embodiment and Cultural Phenomenology. In: Perspectives on embodiment. The intersections of nature and culture. Hrsg. von G. Weiss. New York: Routledge 1999, S. 143-165.
- Csordas**, Thomas: Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press 1994.
- Davis**, Lennard J.: Enforcing Normalcy. Disability, Deafness, and the Body. London: Verso 1995.

62 Kalitzkus, 2009, S. 354.

- Dederich, Markus:** Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. 2. unv. Auflage. Bielefeld: transcript 2012.
- Dederich, Markus:** Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Behinderung und Anerkennung. Hrsg. von M. Dederich/W. Jantzen. Stuttgart: Kohlhammer 2009, S. 15-39.
- Degele, Nina/Winker, Gabriele:** Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten. Bielefeld 2009.
- Dilger, Hansjörg/Hadolt, Bernhard:** Medizinethnologie. In: Ethnologie. Einführung und Überblick. 7. überarb. u. erw. Auflage. Hrsg. von B. Beer/H. Fischer. Berlin: Reimer 2012, S. 309-333.
- Douglas, Mary:** Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Frankfurt/Main 1974.
- Fabian, Johannes:** Präsenz und Repräsentation. Die Anderen und das anthropologische Schreiben. In: Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Hrsg. von E. Berg/M. Fuchs. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1993, S. 335-364.
- Galis, Vasilis:** Enacting disability: how can science and technology studies inform disability studies? In: Disability & Society, 26:7 (2011), S. 825-838.
- Greverus, Ina-Maria:** Kultur und Alltagswelt. Eine Einführung in Fragen der Kulturanthropologie. Frankfurt/Main 1987.
- Gugutzer, Robert:** Verkörperungen des Sozialen. Neophänomenologische Grundlagen und soziologische Analysen. Bielefeld: transcript 2012.
- Gugutzer, Robert/Schneider, Werner:** Der „behinderte“ Körper in den Disability Studies. Eine körpersoziologische Grundlegung. In: Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Hrsg. von A. Waldschmidt/W. Schneider. Bielefeld: transcript 2007, S. 31-55.
- Hermes, Gisela/Rohrmann, Eckhard:** Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm 2006.
- Hess, Sabine/Schwertl, Maria:** Vom „Feld“ zur „Assemblage“? Perspektiven europäisch-ethnologischer Methodenentwicklung – eine Anleitung. In: Europäisch-ethnologisches Forschen. Neue Methoden und Konzepte. Hrsg. von S. Hess. Berlin: Reimer 2013, S. 13-39.
- Hogle, Linda F.:** Enhancement Technologies and the Body. In: Annual Review of Anthropology, 34/2005, S. 695-716.
- Kalitzkus, Vera:** Als Ethnologin in der Medizin?: ein persönliches Resümee. In: Form, Macht, Differenz. Motive und Felder ethnologischen Forschens. Hrsg. von E. Hermann/K. Klenke/M. Dickhardt. Göttingen: Univ.-Verl. 2009, S. 347-355.
- Kienitz, Sabine:** Prothesen-Körper. Anmerkungen zu einer kulturwissenschaftlichen Technikforschung. In: Zeitschrift für Volkskunde, Jg. 106, 2010, S. 137-163.
- Klausner, Martina:** Klassifikationen und Rückkopplungseffekte. In: Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung. Hrsg. von S. Beck/J. Niewöhner/E. Sørensen. Bielefeld: transcript 2012, S. 275-299.
- Kubanski, Dagmar:** Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderungen. Eine qualitative Studie zur Konstruktion von Selbstbehauptungsstrategien im Alltag behinderter Frauen im Kontext grenzüberschreitender Situationen. Dissertation an der Pädagogischen Hochschule Freiburg i.Br., Berlin 2012.
- Marcus, George E.:** Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. In: Annual Review of Anthropology, Vol. 24 (1995), S. 95-117.
- Murphy, Robert F.:** The Body Silent. New York: Norton 1990.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (Hg.):** Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. (Lehr- und Handbücher der Soziologie). München: Oldenbourg 2008.
- Rösner, Hans-Uwe:** Behindert sein – Behindert werden. Texte zu einer dekonstruktiven

Ethik der Anerkennung behinderter Menschen. Bielefeld: transcript 2014.

- Schmidt-Lauber**, Brigitta: Feldforschung. Kulturanalyse durch teilnehmende Beobachtung. In: Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Hrsg. von S. Göttsch/A. Lehmann. (Ethnologische Paperbacks). Zweite, überarb. und erw. Auflage. Berlin: Reimer 2007, S. 219-249.
- Schneider**, Werner: Der Prothesen-Körper als gesellschaftliches Grenzproblem. In: Soziologie des Körpers. Hrsg. von M. Schroer. Frankfurt/Main 2005, S. 371-389.
- Sobchack**, Vivian: A Leg to Stand On: Prosthetics, Metaphor, and Materiality. In: The Prosthetic Impulse. From a posthuman present to a biocultural future. Hrsg. von M. Smith. Cambridge: MIT Press 2006, S. 17-43.
- Waldschmidt**, Anne: Behinderte Körper: Stigmatheorie, Diskurstheorie und Disability Studies im Vergleich. In: Marginalisierte Körper. Beiträge zur Soziologie und Geschichte des anderen Körpers. Hrsg. von T. Junge/I. Schmincke. Münster 2007, S. 27-45.
- Waldschmidt**, Anne: Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 29 (2005) 1, S. 9-31.
- Westermann**, Bianca: Anthropomorphe Maschinen. Grenzgänge zwischen Biologie und Technik seit dem 18. Jahrhundert. München: Wilhelm Fink Verlag 2012.
- Witteriede**, Heinz: Eine Einführung in die Philosophische Anthropologie. Max Scheler, Helmuth Plessner, Arnold Gehlen. Frankfurt/Main: Lang 2009.
- Wolff**, Eberhard: Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und >Volksmedizin<-Forschung. In: Grundriss der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie. 3. überarb. Auflage. Hrsg. von R. W. Brednich. Berlin: Reimer 2001, S. 617-635.

Internetquellen:

- Artikel in „Deutsche Welle“ zum Thema „Per Gedanken die Beinprothese steuern“ von Klaus Deuse, 12.05.2013, <<http://www.dw.de/per-gedanken-die-beinprothese-steuern/a-16778249>> [Stand: 02.06.2013].
- Artikel in „Die Welt“ zum Thema „Amputierte Inderin besteigt Mount Everest“ vom 22.05.2013, <<http://www.welt.de/116413012>> [Stand: 24.05.2013].
- Artikel in „Die Welt“ zum Thema „Mit der Prothese in den Kampf der Maschinen“, <<http://www.welt.de/sport/article132059125/Mit-der-Prothese-in-den-Kampf-der-Maschinen.html>> [Stand: 10.02.2015].
- Artikel in der „ZEIT“ zum Thema „Weitspringer Markus Rehm darf nicht an Leichtathletik-EM teilnehmen“, 30.07.14 <<http://www.zeit.de/sport/2014-07/rehm-nicht-zu-leichtathletik-em-zugelassen-prothese>> [Stand: 10.09.14].
- Davis, Lennard J.: Why Is Disability Missing From the Discourse in Diversity? In: The Chronicle of Higher Education. September 2011, S.2/3, <<http://chronicle.com/article/Why-Is-Disability-Missing-From/129088/>> [Stand: 14.11.14].
- Homepage des Bundesverbandes für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V. (BMAB), <<http://www.bmab.de/>> [Stand: 11.02.15].
- Homepage des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks, <<http://www.zdh.de/themen/soziale-sicherungssysteme/gesundheitshandwerke.html>> [Stand: 06.01.15].
- Mitterhuber, Thomas: Amputation und Prothese. Artikel auf der Homepage „myhandicap“ 7/2012, <<http://www.myhandicap.de/prothese-amputation.html>> [Stand: 04.02.15].
- Wangui Murugami, Margaret: Disability and Identity. In: Disability Studies Quarterly, Vol. 29, No. 4, 2009, ohne Pagination, <<http://dsq-sds.org/article/view/979/1173>> [Stand: 14.11.14].

Der schnelle Tod der grausamen Krankheit?

Die Bekämpfung der Kinderlähmung in Bayern 1950-1980

von Alexander M. Cors

Vor 60 Jahren, am 12. April 1955, waren die Augen der Weltöffentlichkeit auf das Rackham Auditorium der University of Michigan gerichtet. Die Journalisten im völlig überfüllten Hörsaal warteten ungeduldig auf den amerikanischen Wissenschaftler Dr. Thomas Francis. Als dieser erschien, unterbrachen Fernseh- und Radiostationen der Vereinigten Staaten ihr reguläres Sendeprogramm. Francis war im Begriff die Ergebnisse einer großangelegten Impfstofftestung gegen Poliomyelitis bekannt zu geben. Es war die lang ersehnte Erfolgsmeldung im Kampf gegen die Kinderlähmung, die ‚grausame Krankheit‘.

Obgleich ein weltweites Phänomen, forderte die Kinderlähmung in den USA die meisten Opfer. Zugleich konnten dort, unterstützt durch private Spendenorganisationen, die meisten Forschungsgelder aufgebracht werden. Letztlich waren es auch amerikanische Wissenschaftler, denen die Herstellung von Impfmitteln gelang. Es ist bezeichnend, dass David M. Oshinsky seine Monographie daher auch „Polio. An American Story“¹ betitelt. Deutschland hingegen erlebte epidemische Fälle von Kinderlähmung nicht nur später als die USA, sondern auch in geringerem Ausmaß. Dies kann vielleicht auch die geringe Thematisierung in der deutschsprachigen Historiographie erklären. Die Geschichte der Kinderlähmung in Deutschland ist ein wenig – am ehesten noch von Mediziner² – bearbeitetes Feld. Eine Ausnahme stellt zum Beispiel Ulrike Lindners Dissertation dar, die in einem Kapitel die Bekämpfung der Kinderlähmung in Großbritannien und Deutschland

1 Oshinsky, David M.: Polio. An American Story. Oxford/New York 2005.

2 Etwa Klein, Silvia: Zusammenhang zwischen Impfungen und Inzidenz und Mortalität von Infektionskrankheiten. Zeitreihenanalysen mit Meldedaten zu Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis und Tetanus von 1892 bis 2011 in Deutschland. Berlin 2013. Für Historiker sind besonders die in diesen Arbeiten gesammelten statistischen Daten nützlich. Vgl. etwa Heß, Dieter: Die Poliomyelitis von 1956 bis 1960 in den kreisfreien Städten und Landkreisen Westdeutschlands und in den Gemeinden Nordbayerns. Erlangen 1962.

vergleicht.³ Das Gros der Sekundärliteratur zur Poliomyelitis aber kommt aus dem anglo-amerikanischen Raum und behandelt neben der Erforschung der Impfstoffe⁴ auch die gesellschaftlichen Auswirkungen der Kinderlähmung.⁵

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es die Geschichte der Poliomyelitis und ihrer Bekämpfung in Bayern zu untersuchen und dabei neben bürokratischen Entscheidungsprozessen und staatlichen (Werbe-)Maßnahmen besonders auch die Reaktion der Bevölkerung zu analysieren.⁶ Bayerns Umgang mit Kinderlähmung war, wie in ganz Westdeutschland, gekennzeichnet durch einen steten Blick über den Atlantik. Mit Spannung, aber auch einem großen Maß an Skepsis, wurden die Entwicklungen in den USA beobachtet und hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf Deutschland geprüft. Wissenschaftlicher Fortschritt wurde somit nicht immer zeitnah umgesetzt und selbst wenn die Behörden sich auf die Einführung neuer Maßnahmen verständigt hatten, wurden diese von der Bevölkerung bisweilen nur zögerlich angenommen. In diesem Sinne korrigiert die folgende Argumentation das Narrativ einer schnell und reibungslos verlaufenden Bekämpfung der Kinderlähmung.

Während die Beschreibung der Ereignisse in den USA eine Zusammenfassung der Sekundärliteratur darstellt, konnten für Bayern erst kürzlich freigegebene Akten des Staatsministeriums des Innern erschlossen werden. Ein Vorteil der untersuchten Akten liegt darin, dass sie nicht nur die Perspektive der staatlichen Bürokratie auf Bundes- und Länderebene widerspiegeln, sondern dank Meinungsumfragen und teilweise durchaus kritischer Korrespondenz mit Bürgern auch Rückschlüsse auf die Sichtweise der Bevölkerung zulassen. Die Verwendung von Artikeln des Nachrichtenmagazins ‚Der Spiegel‘ als weitere Quelle soll diesen Versuch, die Stimmungslage der bayerischen bzw. westdeutschen Öffentlichkeit mit zu beachten, ergänzen.

3 Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. München 2004, S. 221–282.

4 Wilson, John Rowan: *Margin of Safety. The Story of Poliomyelitis Vaccine*. Collins 1963; Fisher, Peter Jack: *The Polio Story*. London 1967; John R. Paul: *A History of Poliomyelitis*. New Haven/ London 1971 und Wilson, Daniel J.: *Polio*. Santa Barbara 2009.

5 Gould, Tony: *A Summer Plague. Polio and its Survivors*. New Haven/ London 1995; Gilden Seavey, Nina/Smith, Jane S./Wagner, Paul: *A Paralyzing Fear. The Triumph Over Polio in America*. New York 1998 und Oshinsky, 2005.

6 Die medizinische Beschreibung der Entwicklung und Wirkungsweise der Impfstoffe und -verfahren fällt dementsprechend knapp aus und beschränkt sich darauf, ein oberflächliches Verständnis zu liefern.

Poliomyelitis – Eine Krankheit des Wasserklosetts, des Cellophans und der Tiefkühlkost⁷

Den ältesten Fall von Poliomyelitis konnten Forscher auf einer ägyptischen Stele aus der Mitte des zweiten vorchristlichen Jahrtausends identifizieren. Dies widerspricht der älteren These, dass es sich hierbei um eine Krankheit der Neuzeit handle. Dennoch, über Jahrtausende hinweg schien die Kinderlähmung keine ernsthafte Bedrohung zu sein, endemisch im Auftreten und mit wenigen (dokumentierten) Opfern.⁸ Die ersten, von Medizinern eindeutig als solche erkannten Beschreibungen von Kinderlähmung finden sich im späten 18. Jahrhundert, aber erst einhundert Jahre später lässt sich das Auftreten regelrechter Polioepidemien nachvollziehen. Ärzte in Schweden, in Frankreich und den USA berichteten in den 1880er und 90er Jahren von gehäuften Fällen von Kinderlähmung. Ein Trend, der sich in den folgenden Jahren fortsetzen sollte. In Nordamerika verbreitete sich die Krankheit ausgehend von Boston und verursachte 1894 in Vermont und 1907 in New York die mit 132 bzw. über 1.000 Erkrankten bis dato verheerendsten Epidemien. Wegen des Alters ihrer Opfer zunächst Kinderlähmung genannt, befiel Poliomyelitis auch Erwachsene und verlief bei diesen oft wesentlich dramatischer. 1916 wurden die New Yorker Behörden erneut mit einem massenhaften Auftreten der Polio konfrontiert. Während in den USA im selben Jahr insgesamt 27.000 Fälle mit 6.000 Todesopfern gemeldet wurden, musste das unvorbereitete New Yorker Gesundheitssystem allein 8.900 Infizierte versorgen, von denen fast ein Drittel verstarb.⁹

Forschung und Öffentlichkeit waren ratlos, woher diese ‚neue‘ Krankheit kam und wie man ihr begegnen sollte. Der Kampf gegen Ruhr und Typhus hatte gezeigt, dass Sauberkeit der Schlüssel zur Überwindung verbreiteter Plagen war. Dies führte zu der Überzeugung, dass hohe hygienische

⁷ Der Spiegel 7 (1964), S. 83 nach Wilson, John Rowan: Polio! Die Geschichte eines Impfstoffes. Wien/Hamburg 1963, S. 65: *Epidemische Polio ist in gewissem Sinne eine Krankheit, die zu Wasserklosett, Cellophanpackungen und tiefgekühlten Lebensmitteln gehört.*

⁸ Paul, 1971, S. 11-16 sowie Seytre, Bernard: The Death of a Disease. A History of the Eradication of Poliomyelitis. New Brunswick 2005, S. 24 f.

⁹ Wilson, D.J., 2009, S. 10-15; Fisher, 1967, S. 61.

Standards und sanitäre Maßnahmen nicht nur ein Zeichen zivilisatorischen Fortschritts, sondern auch Garant für eine gesunde Umwelt seien. In der Überakzentuierung eines beinahe klinisch reinen, Hygiene zur Bürgertugend erhebenden Kultes aber, lag ironischerweise gerade der Grund weshalb Poliomyelitis epidemisch wurde. Abgeschirmt von den harmloseren Angriffen anderer Krankheiten durch eine immer sterilere Umwelt hatte das kindliche Abwehrsystem keine Chance sich zu immunisieren, weshalb der Poliovirus sich letztlich in einer Bevölkerung ausbreiten konnte, in der sowohl Kinder als auch Erwachsene besonders anfällig waren. Dies betraf vor allem und zuerst die USA, deren Lebens- und Hygienestandards weltführend waren.¹⁰ Insofern war Polio eine Krankheit, die zu Fortschritt und Moderne, „zu Wasserklosett, Celophanpackungen und tiefgekühlten Lebensmitteln gehört[e].“¹¹

„It would take a very famous victim to concentrate the energy of a nation on finding a way to end polio epidemics.“¹² So überspitzt es klingen mag, es war tatsächlich die Erkrankung eines einzelnen Mannes, Franklin D. Roosevelts, welche die Einstellung der amerikanischen Bevölkerung zur Kinderlähmung veränderte. Anfang der 1920er-Jahre war die Forschung im Kampf gegen die Krankheit noch nicht entscheidend weitergekommen. Poliomyelitis war weiterhin eine unheimliche, da unberechenbare Bedrohung. Grausam, da sie vor allem Kinder betraf, diese tötete oder dauerhaft lähmte. Im Zuge der 1916er-Epidemie hatte sich zudem, bar jeglicher Indizien, die Vorstellung durchgesetzt, die Kinderlähmung sei eine von Immigranten eingeschleppte Krankheit, die sich in den schmutzigen Vierteln der Ausländer verbreitet und von dort aus auf die Wohngegenden sauberer amerikanischer Familien übergreifen würde.¹³ Als Franklin D. Roosevelt 1921 an Kinderlähmung erkrankte, änderte sich das Bild der Krankheit radikal. Pointiert gesprochen, wenn ein populärer Politiker, Mitglied einer angesehenen Familie, betroffen war, dann konnte es jeden treffen. Zugleich wurde Roosevelts Umgang mit

¹⁰ Wilson, J.R., 1963, S. 64 f., Gilden Seavy, 1998, S. 19–24; Fisher, 1967, S. 61–64.

¹¹ Wilson, J.R., 1963, S. 65.

¹² Gilden Seavy, 1998, S. 45.

¹³ Lindner, 2004, S. 222 f. Diese Überzeugung führte in USA zu einer landesweiten Obsession mit Sauberkeit im Stadtbild. Bestimmte Straßenzüge wurden täglich penibel gereinigt und in manch kleineren Städten wurden gar ganze Viertel saniert.

seiner Lähmung zum heroischen Akt des Widerstandes und des ‚Sich-nicht-unterkriegen-Lassens‘ stilisiert.¹⁴ Durch ihn rückte Poliomyelitis in den Fokus der Öffentlichkeit¹⁵ und die von ihm initiierten Spendensammlungen nahmen bald ungekannte Ausmaße an und gipfelten 1938 in der Gründung der ‚National Foundation for Infantile Paralysis‘ (NFIP). Deren ‚March of Dimes‘ Initiative konnte in den folgenden Jahren hunderttausende Menschen zu Kleinspenden animieren. Geld, das neben der finanziellen Unterstützung therapiebedürftiger Patienten besonders in die Forschung investiert wurde.¹⁶

Das prominente amerikanische Beispiel fand Nachahmer in Deutschland. Angeregt durch den Präsidenten des Münchner Deutsch-Amerikanischen Clubs wurden im Frühjahr 1950 in München und im Laufe des Jahres in anderen bayerischen Orten ‚Pfennig-Paraden‘ nach dem Vorbild des ‚March of Dimes‘ organisiert. Erklärtes Ziel der Pfennig-Parade¹⁷ war nicht, der öffentlichen Hand Finanzierungsaufgaben abzunehmen, sondern nach amerikanischem Muster *in sozialen Härtefällen [...] den einzelnen von dieser heimtückischen – und einstweilen noch in ihrer Entstehung unerforscht gebliebenen – Krankheit Betroffenen zu helfen*.¹⁸

Die Mittel der Pfennig-Parade stammten hauptsächlich aus den jährlichen Spendenaufrufen, welche vom bayerischen Ministerpräsidenten in Zeitungsanzeigen unterstützt wurden.¹⁹ Auch sonst förderte das Staatsministerium die Ziele der Initiative: 1960 wurden dem Freistaat Bayern durch eine Privatperson testamentarisch 28.700 DM vermacht, unter der Auflage, diese *für Zwecke der Bekämpfung von Krebskrankheiten und der*

¹⁴ Wilson, J.R., 1963, S. 63 sowie Fisher, 1967, S. 61.

¹⁵ Siehe hierzu auch die bezeichnende Beschreibung in einem Spiegel-Artikel 1948, welche die Krankheit mit der Person des ehem. Präsidenten verbindet: *Poliomyelitis [...] ist drüben [in Amerika] die vielleicht meistgenannte Krankheit. Das hängt mit Franklin D. Roosevelt zusammen, der bis zu seinem Tod an ihren Folgen, schweren Lähmungen, litt*. Der Spiegel 40 (1948), S. 25.

¹⁶ Wilson, D.J., 2009, S. 39-52.

¹⁷ Die Initiative firmierte erst ab 1952 unter dem Namen Pfennig-Parade e.V. Der 1950 gegründete Gemeinnützige Ausschuß zur Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung in Bayern war noch kein eingetragener Verein, was in den folgenden Jahren einen zuweilen erbitterten Briefwechsel zwischen den Organisatoren und dem bayerischen Innenministerium zur Folge hatte, da letzteres teilweise Sammlungen des Ausschusses verboten hatte, solange dieser noch kein offizieller Verein war. Vgl. hierzu BayHStA, MInn 109082.

¹⁸ BayHStA, MInn 109082, Gemeinnütziger Ausschuß zur Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung in Bayern (Hrsg.): Tätigkeitsbericht, München 1951.

¹⁹ Vgl. als Beispiel hierzu BayHStA, MInn 109082, Fränkische Presse Nr. 144 vom 25.06.1958.

*Kinderlähmung zu verwenden.*²⁰ Fünf Jahre später wurde der gesamte Betrag an die Pfennig-Parade weitergegeben,²¹ was zeigt, wie sehr die Regierung deren Arbeit schätzte. Unerreicht blieben jedoch die Summen, welche die NFIP in den Staaten aufbringen konnte. Im Rahmen der ‚March of Dimes‘ Kampagne wurden von der Gründung der Stiftung 1938 bis zum Jahr 1959 (meist durch kleine Einzelspenden) 622 Millionen Dollar gesammelt,²² wovon bis 1962 etwa 69 Millionen Dollar direkt in Forschungsinstitute und -programme flossen.²³ Diese massive finanzielle Unterstützung und der zunehmende (Erwartungs-)Druck der Bevölkerung befeuerten die Forschung zur Kinderlähmung in den USA, sodass amerikanische Wissenschaftler spätestens seit den 1940ern weltführend auf diesem Feld waren.²⁴

Europa erlebte vor 1945 keine großen Polio-Epidemien und entsprechend gering war deshalb auch das Interesse an einer intensiven Forschung. Als 1916 die große Epidemie in den USA ausbrach, waren die Augen Europas auf den Verlauf des Ersten Weltkriegs gerichtet. Poliomyelitis galt vielen als amerikanisches Problem.²⁵ Die deutsche Forschung, die schon vor 1939 die US-amerikanische Polio-Forschung ignoriert hatte, war nach der Isolation der Kriegsjahre völlig zurückgefallen. Deutschland war bis in die späten 1950er das Schlusslicht West-Europas, was die Erforschung und Bekämpfung der Poliomyelitis anbelangte. Ein Fakt, den deutsche Vertreter auf paneuropäischen Kongressen schmerzlich vorgeführt bekamen.²⁶ Gespannt beobachtete man deshalb den Fortschritt der amerikanischen Forscher. Bayern erlebte die erste schwere Epidemie der Nachkriegszeit 1948. Die vorangegangenen Ausbrüche der Krankheit 1937 und 1941 hatten (in absoluten Zahlen) nicht nur weniger Menschen betroffen, sie waren auch weit weniger rezipiert worden, als dies nach 1945 der Fall war.

20 BayHStA, MInn 109082, Schreiben Finanzdirektion München an Bayerisches Staatsministerium des Innern (BStMI), 04.03.1960.

21 BayHStA, MInn 109082, Schreiben BStMI an Pfennig-Parade e.V. 22.12.1965.

22 Wilson, D.J., 2009, S. 48.

23 Wilson, D.J., 2009, S. 50.

24 Lindner, 2004, S. 225. In diesem Zusammenhang findet sich in der Sekundärliteratur einmal mehr die Charakterisierung der Polio als ‚American Story‘. Siehe hierzu Fisher, 1967, S. 61 f.: „The fight against Polio is largely an American story, and will go down in the annals of research as an example of how much can be achieved in a relatively short time.“

25 Wilson, J.R., 1963, S. 61 f.; Lindner, 2004, S. 224.

26 Lindner, 2004, S. 235–240.

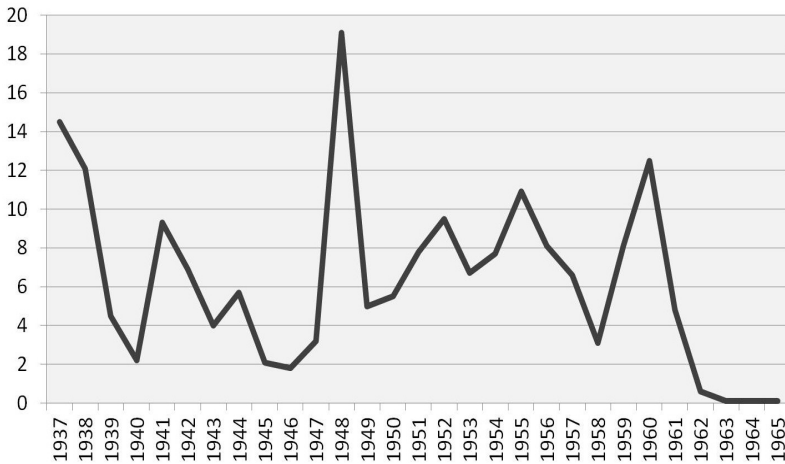


Abb. 1: Polio-Erkrankungen auf 100.000 der Bevölkerung in Bayern 1937-1965²⁷

Was Poliomyelitis als Krankheit so schrecklich und grausam erscheinen ließ, war zum einen ihre Unberechenbarkeit und zum anderen, dass hauptsächlich – wenn auch nicht nur – Kinder betroffen waren. Zudem waren die Lähmungen, welche die Opfer erlitten, meist permanent. Die Versorgung und Pflege der Betroffenen wurde so zu einer andauernden Herausforderung für das Gesundheitssystem und blieb eine ständige, eindringliche Mahnung vor den Gefahren der Kinderlähmung.²⁸

Die Behandlungsmöglichkeiten blieben dabei recht eingeschränkt. Eine Heilung war (und ist bis heute) nicht möglich. Institutionell reagierten die staatlichen Stellen Anfang der 1950er-Jahre *[v]eranlasst durch die erhöhte Erkrankungshäufigkeit [...] auf Initiative der Selbstverwaltungsbehörden mit der Bildung von Behandlungszentralen [...] insbesondere in Landshut, Regensburg, Hof, Bayreuth, Nürnberg und Augsburg.*²⁹ Dort, und in den Landesuniversitätsstädten Erlangen, München und Würzburg standen 1954 insgesamt 18 eiserne Lungen, 14

²⁷ Nach BayHStA, MlNn 109082, Pfennig-Parade e.V. (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 1960, München 1961 sowie BayHStA, MlNn 109631, Mitteilungen an Presse und Rundfunk 71 (1966), 24.08.1966.

Eine Aufschlüsselung der Erkrankungen auf 10.000 Einwohner für die einzelnen bayerischen Landkreise und Städte 1956–1960 liefert Heß, 1962, S. 17-21.

²⁸ Fisher, 1967, S. 60.

²⁹ BayHStA, MlNn 109047, Schreiben des BStMI an Bundesministerium des Innern (BMI), 03.09.1954.

*Biomotoren, 7 Elektrolungen und 1 Pulmomotor*³⁰ zur Verfügung. Wie unzureichend diese Ausrüstung war, zeigt sich im Vergleich mit der Zahl der Erkrankungen. Deutschlandweit wurden 1954 2.713 akute Poliofälle gemeldet³¹ und 1956 musste allein der Regierungsbezirk Niederbayern 56 Patienten versorgen.³² Auch das 1952 in Dänemark entwickelte und zwei Jahre später auf der Tagung der ‚Europäischen Vereinigung gegen die Kinderlähmung‘ empfohlene Lassen’sche Behandlungsverfahren³³ war in Bayern weitestgehend unbekannt. Obwohl es die Sterblichkeitsrate bei Lähmung der Atemmuskulatur um etwa 70% senken konnte,³⁴ wurde es von keiner bayerischen Klinik angewandt. Speziell ausgebildetes Personal war an keinem Institut vorhanden, auch wenn in einigen Spitälern durchaus Interesse an Fortbildungskursen bestand.³⁵

Trotz fehlender sicherer wissenschaftlicher Erkenntnisse mussten die Behörden auf die steigende Zahl von Polio-Fällen und die Verunsicherung der Bevölkerung reagieren. Im Sinne der Aufklärungsarbeit wurde 1953 vom Bundesgesundheitsamt (BGA) ein *gemeinverständliches Merkblatt über die Kinderlähmung*³⁶ herausgegeben. Das bayerische Innenministerium erhielt davon kostenlos 32.000 Exemplare zur Verteilung an die Bevölkerung, Ärzteschaft, Schulen, Kindergärten, Heime und ähnliche Einrichtungen, um ein möglichst breites Publikum zu erreichen.³⁷ Da die Entwicklung von Impfstoffen noch nicht abgeschlossen war und auch kein Heilmittel zur Verfügung stand, konnte das BGA zur Prävention nur rigide Hygienemaßnahmen empfehlen:

Mehr Sauberkeit, mehr Sicherheit

*Da sich die Ansteckung nicht sicher verhüten läßt, wird man zweckmäßigerweise in Epidemiezeiten sorgfältigst die allgemeinen Regeln persönlicher Reinlichkeit und Körperpflege beachten: „Nach dem Stuhlgang, vor dem Essen Händewaschen nicht vergessen!“ Baden und Planschen in verunreinigtem Fluß-, Kanal- und Seewasser besonders bei oder in größeren Städten unterlassen! Fliegen und anderes Ungeziefer, Ratten und Mäuse bekämpfen! Auf ordnungsgemäße Abfall- und Müllbeseitigung achten!*³⁸

30 BayHStA, Mlnn 109047, Schreiben des BStMI an Bundesministerium des Innern (BMI), 03.09.1954.

31 Lindner, 2004, S. 238.

32 Heß, 1962, S. 49–55.

33 Zur genaueren Beschreibung und Entwicklung des Verfahrens siehe Seytre, 2005, S. 40–43.

34 BayHStA, Mlnn 109047, Schreiben des BStMI an die Regierungen der Landkreise, 04.01.1955.

35 BayHStA, Mlnn 109047, Schreiben des BStMI an BMI, 17.03.1955.

36 BayHStA, Mlnn 109043, Schreiben des Präsidenten des BGA an BStMI, 15.07.1953.

37 BayHStA, Mlnn 109043, Schreiben des BStMI an den Präsidenten des BGA, 23.07.1953.

38 BayHStA, Mlnn 109043, Bundesgesundheitsamt (Hrsg.): Kurzes Merkblatt über die epidemische Kinderlähmung. Neuwied 1953.

Der absolute Glaube an die Schutzwirkung penibler Reinlichkeit und Hygiene wurde zu einem Strohhalm, an den man sich mangels Alternativen klammerte. Um zudem öffentliche Panik zu verhindern, wurde in dem Absatz *Sich schonen heißt sich schützen auch explizit von unnötige[n] Reisen („Flucht“ aus einem Epidemiegebiet, Verschickung)*³⁹ abgeraten. Die Sorge der Behörden vor einer hysterischen Reaktion der Bevölkerung war nicht unbegründet, bedenkt man wie etwa Wilson das Entsetzen der New Yorker anlässlich der Epidemie 1916 beschreibt: „[G]anze Familien flüchteten Hals über Kopf, es kam zu wüsten, verzweifelten und sinnlosen Handlungen, die an die Pestseuchen im Mittelalter erinnerten.“⁴⁰ Auch in der Bundesrepublik klagten die Leiter der Gesundheitsbehörden über überstürztes Handeln der Bevölkerung, die sich zum Teil nur durch panische ‚Kinderlandverschickungen‘ zu helfen wusste.⁴¹

Die konkreten Maßnahmen zur Bekämpfung der Kinderlähmung, etwa auch Entscheidungen über die Durchführung von Schutzimpfungen, waren Sache der Länder. Um die Koordination und Vereinheitlichung der Vorgehensweisen zu erleichtern, wurde im August 1954 die ‚Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung‘ (DVBK) gegründet. Im Gegensatz zur Pfennig-Parade war sie eine halbstaatliche Vereinigung,⁴² deren Budget zum größten Teil vom Bund gestellt wurde und die von Vertretern desselben und der Länder geleitet wurde.⁴³

Salk und der erste Impfstoff – Die Öffentlichkeit zwischen Euphorie und Skepsis

Von April bis Juli 1954 führte der Wissenschaftler Dr. Thomas Francis im Auftrag der NFIP in den USA einen Massenversuch mit 1,8 Millionen Kindern

³⁹ BayHStA, Mlnn 109043, Bundesgesundheitsamt (Hrsg.): Kurzes Merkblatt über die epidemische Kinderlähmung. Neuwied 1953.

⁴⁰ Wilson, J.R., 1963, S. 61 f.

⁴¹ Lindner, 2004, S. 237. Unter Kinderlandverschickung wird hier die privat organisierte Evakuierung von Kindern und Jugendlichen aus von Polio-Epidemien betroffenen Städten oder aus Städten, in denen das Auftreten einer Polio-Epidemie befürchtet wird, verstanden. Meist brachten besorgte Eltern ihren Nachwuchs bei Verwandten oder Bekannten in ländlichen Gebieten unter, bis die akute oder empfundene Gefahrensituation vorüber war.

⁴² Aufgrund ihres halbstaatlichen Charakters ist zu den Tätigkeiten der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung (ab 1977: der Viruskrankheiten) reichhaltiges Aktenmaterial verfügbar. Vgl. hierzu BayHStA, Mlnn 109062–109081.

⁴³ Lindner, 2004, S. 239.

in 44 Staaten durch.⁴⁴ Getestet wurde ein neuer, von dem amerikanischen Forscher Dr. Jonas Salk entwickelter Impfstoff, hergestellt aus abgetöteten Polio-Viren. Ein Jahr später, am 12. April 1955, wurden sämtliche Rundfunk- und Fernsehprogramme in den Vereinigten Staaten für eine Sondermeldung unterbrochen.⁴⁵ Francis verkündete einer gespannt wartenden Öffentlichkeit, dass der von Salk entwickelte Impfstoff sicher und in der Mehrzahl der Fälle, wenn auch nicht vollständig gegen alle Stämme der Poliomyelitis wirksam sei.⁴⁶ Unmittelbar nach dem Francis-Bericht, der im ganzen Land euphorisch gefeiert wurde, begannen in den USA Massenimpfungen mit dem neuen Vakzin. Salks Popularität erreichte ungeahnte Höhen, Medien und Öffentlichkeit feierten ihn wie einen Hollywood-Star.⁴⁷

Doch schon am 7. Mai wurden auf Geheiß des Direktors des öffentlichen Gesundheitsdienstes alle Impfungen eingestellt.⁴⁸ Grund dafür war das sogenannte Cutter-Unglück. Impfdosen des Cutter-Laboratoriums hatten noch aktive Viren enthalten, die in 204 Fällen Polio-Erkrankungen auslösten – ein schwerer Schlag für Salk und die NFIP, deren Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit darunter leiden musste.⁴⁹ Letztlich aber überwogen die Vorteile des Salk-Vakzins etwaige Bedenken von Eltern und Behörden. Unter wesentlich verschärften Sicherheitsvorkehrungen wurden die Immunisierungen bereits im Juli wieder fortgesetzt. Überzeugt vom Erfolg der US-amerikanischen Programme führten zahlreiche europäische Länder und Kanada 1956 ebenfalls großangelegte Massenimpfungen nach der Salk-Methode durch.⁵⁰

In Westdeutschland beobachtete man die Ereignisse in den USA interessiert, aber überwiegend skeptisch. Zwar hatte man 1954 erste Impfungen mit Freiwilligen durchgeführt, diese aber bereits im folgenden Jahr wieder gestoppt. Zwischenfälle in den für die Produktion verantwortlichen

⁴⁴ Lindner, S. 228.

⁴⁵ Der Spiegel 21 (1955), S. 35.

⁴⁶ Wilson, D.J., 2009, S. 114 sowie Lindner, 2004, S. 228.

⁴⁷ Wilson, D.J., 2009, S. 115.

⁴⁸ Seytre, 2005, S. 75.

⁴⁹ Lindner, 2004, S. 228 f. Zur Auswirkung des Cutter-Unglücks zur Einstellung der US-Bevölkerung gegenüber Impfungen siehe ausführlich Paul A. Offit: *The Cutter-Incident. How America's First Polio Vaccine Led to the Growing Vaccine Crisis*. New Haven 2005.

⁵⁰ Wilson, J.R., 1963, S. 366.

Behringwerken, welche die Firma zu verschweigen versuchte, koinzidierten zeitlich mit dem Cutter-Unglück in den USA und erschütterten das Vertrauen der westdeutschen Behörden und der Öffentlichkeit in die Sicherheit der Impfstoffe.⁵¹ Bereits Ende 1954 hatte der Bundesinnenminister das Bundesgesundheitsamt (BGA) beauftragt, ein Gutachten über den Stand der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung zu erstellen und in diesem Kontext eine Stellungnahme zur Möglichkeit der Massenimpfung mit Salk-Vakzinen abzugeben. Das Gutachten, welches im Januar 1956 schließlich übergeben wurde, ist gekennzeichnet durch sehr vorsichtige Formulierungen und eine differenzierte Argumentation. Ein hohes Maß an Feinfühligkeit und scharfer Beobachtungsgabe bewiesen die Verfasser etwa, wenn sie auf die Stimmungslage der Bevölkerung hinsichtlich der Kinderlähmung zu sprechen kommen:

Bei der Entscheidung über die Notwendigkeit einer Massenimpfung gegen die Poliomyelitis spielen vielfach psychologische Faktoren eine Rolle. Wenn auch die Zahl der mit Lähmungen verbundenen und mit bleibenden Funktionsausfällen einhergehenden Fälle im Vergleich mit der Zahl der überhaupt Infizierten gering ist, so sind es doch diese Fälle, welche im Einzelfall echte menschliche Tragödien darstellen können und der Poliomyelitis in den Augen des Arztes wie des Laien das besondere Merkmal des Schrecklichen verleihen. Daraus erklärt sich, daß in der Bevölkerung immer wieder die Forderung nach einer allgemeinen Schutzimpfung gegen die Poliomyelitis laut wird.⁵²

Sehr genau erkannten sie, dass es weniger die reine Opferzahl, sondern vielmehr die kollektiv empfundene Bedrohungssituation war, welche die Forderung nach einer flächendeckenden Polio-Impfung so dringlich werden ließ.

Den letzten Teil des Gutachtens bildeten ‚Praktische Forderungen‘, ein Ergebnis gemeinsamer Beratungen aller beteiligten Experten. Gerade in diesem Abschnitt, wo klare Aussagen zu erwarten wären – und wohl auch vom Innenministerium erwünscht wurden – präsentierten die Wissenschaftler eine äußerst ambivalente Einschätzung:

⁵¹ Lindner, 2004, S. 241 f.

⁵² BayHStA, Mlnn 109617, BGA (Hrsg.): Hauptgutachten des Bundesgesundheitsamtes über den jetzigen Stand der Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung, insbesondere über die Wirksamkeit der bisherigen Sicherungsmaßnahmen und die entsprechenden Erfordernisse. o.O. 1956, Teil E, S. 65 f.

*Die bisher von den Behringwerken hergestellten und teilweise in den Verkehr gebrachten Impfstoffe aber bieten, wie ausführlich dargelegt wurde, keine hinreichende Gewähr für die Gefahrlosigkeit ihrer Anwendung für den Impfling selbst, seine Umgebung und die übrige Bevölkerung. Es fehlen die Beweise dafür, daß diese Impfstoffe eine für die Bekämpfung der Krankheit bedeutsame Wirkung entfalten sowie den Impfling selbst einen ausreichenden und möglichst lang dauernden Schutz gegen eine Infektion mit Poliomyelitis gewähren.*⁵³

Nicht nur sahen die Verfasser des Gutachtens keine ausreichenden Beweise für die Wirksamkeit des Impfstoffes, eine Gefährdung der Bevölkerung durch geimpfte Mitmenschen konnte ihrer Meinung nach nicht ausgeschlossen werden.

*Gleichwohl ist davon Abstand genommen worden, von einer Freigabe des Impfstoffes abzuraten. Entscheidend hierfür war, daß die Schutzimpfung nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen die einzige wirksame Waffe zur Bekämpfung der Kinderlähmung überhaupt darstellt.*⁵⁴

Obwohl die Experten aufgrund von Risikobedenken also von einer organisierten Massenimpfung abrieten, wurde die *Anwendung des Impfstoffes in Einzelfällen durchaus befürwortet*.⁵⁵ Diese vage und mehrdeutige Stellungnahme der Gutachter ließ eine Reihe von Fragen ungeklärt: Wie viele Einzelfallanwendungen sollen und können akzeptiert werden? Welchen Rat soll man der verunsicherten Bevölkerung erteilen? Mit ihrer Skepsis waren die Gutachter des BGA keineswegs allein. Auch die Verantwortlichen der Pfennig-Parade kamen 1955 nach dem Cutter-Unglück zu der Einschätzung, dass *die Methode für eine allgemeine Anwendung noch nicht reif ist*.⁵⁶ Während andere nord- und westeuropäische Staaten 1956 die amerikanischen Salk-Massenimpfungen übernahmen, verharrten die deutschen Behörden noch in einer abwartenden Stellung. Teile der deutschen Ärzteschaft, internationale

⁵³ BayHStA, MInn 109617, Hauptgutachten, Teil G, S. 1.

⁵⁴ BayHStA, MInn 109617, Hauptgutachten, Teil G, S. 6.

⁵⁵ BayHStA, MInn 109617, Hauptgutachten, Teil G, S. 7.

⁵⁶ BayHStA, MInn 109082, Pfennig-Parade e.V. (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 1954. München 1955.

Allerdings, und hierbei ist nicht unwichtig zu bedenken, dass es sich bei dem Tätigkeitsbericht auch um eine an die Öffentlichkeit gerichtete Publikation handelt, fügen die Herausgeber gleich im nächsten Satz hinzu: *Es besteht aber berechtigte Hoffnung, daß in absehbarer Zeit ein sowohl ausreichend wirksamer, als auch unschädlicher Impfstoff zur Verfügung stehen wird.*

Forscher und die heimische Presse drängten jedoch im Angesicht einer weiteren drohenden Epidemie auf die Einführung des Impfstoffes.⁵⁷

Schließlich wurde die Wiederaufnahme der Salk-Impfungen in Westdeutschland für das Frühjahr 1957 beschlossen. Die genaue Umsetzung wurde dabei den Ländern überlassen und verlief trotz Richtlinien der DVBK unkoordiniert und regional sehr unterschiedlich. Manche Bundesländer boten die Impfungen kostenlos an, andere, darunter Bayern, verlangten eine Kostenbeteiligung.⁵⁸ Die Kosten einer vollwertigen Impfung in Höhe von 10-12 DM⁵⁹ stellten gerade für Geringverdiener eine Hürde dar und waren mit ein Grund für die mangelnde Impffreudigkeit der bayerischen Bevölkerung.⁶⁰ Die Pfennig-Parade versuchte gerade in solchen sozialen Härtefällen zu helfen. Bis 1959 stellte die Stiftung 67.000 DM zur Verfügung, was 16.782 Einzelimpfungen für Familien mit geringem Einkommen ermöglichte.⁶¹

Spätestens 1957 waren staatliche Stellen sowie die Pfennig-Parade von der Wirksamkeit und vor allem Sicherheit der Vakzine überzeugt. Doch wie sah es bei der Bevölkerung aus? Die zögerliche Übernahme des Salk'schen Impfstoffes und die widersprüchlichen und ausweichenden Aussagen der Ärzte und Experten hinsichtlich einer Empfehlung zur Verwendung des Impfstoffes scheinen eine zutiefst verunsichernde Wirkung gehabt zu haben. Im Herbst 1958 etwa wandte sich ein trauernder Großvater schriftlich an das bayerische Innenministerium. Seine vor wenigen Wochen an den Folgen der Polio verstorbene Enkelin *war nicht gegen Kinderlähmung geimpft [worden], da bisher die Ärzteschaft keine positive Stellungnahme dazu einnahm.*⁶²

Der Spiegel widmete der Frage *Kinderlähmung - Impfen oder nicht?*⁶³ zum Start der Massenimpfungen 1957 ein ausführliches Interview mit dem Leiter der Abteilung Öffentliches Gesundheitswesen im Hessischen Innenministerium, Dr. Ludwig von Manger-Koenig. Dieser versuchte der im Zuge der

⁵⁷ Klein, 2013, S. 179; Lindner, 2004, S. 243–245.

⁵⁸ Lindner, 2004, S. 246–248.

⁵⁹ BayHStA, Mlnn 109082, Pfennig-Parade e.V. (Hrsg.): Merkblatt, 1961.

⁶⁰ Lindner, 2004, S. 248 f.

⁶¹ BayHStA, Mlnn 109082, Süddeutsche Zeitung, 11.03.1959.

⁶² BayHStA, Mlnn 109047, Schreiben an den Leiter des Gesundheitswesens im BStMI, 09.10.1958

⁶³ Der Spiegel 17 (1957), Kinderlähmung – Impfen oder nicht?, S. 28–32.

Zwischenfälle in den Behringwerken und der Cutter-Krise entstandenen *Vertrauenskrise*⁶⁴ zu begegnen und verunsicherte Eltern von den anlaufenden Impfmaßnahmen zu überzeugen. Allerdings musste er dabei nicht nur die bisher schwankende Haltung der Behörden eingestehen, sondern auch einräumen, dass Westdeutschland aufgrund von Lieferschwierigkeiten nicht ausreichend Impfstoffe für eine Durchimpfung der Bevölkerung zur Verfügung stehe. Von Manger-Koenigs Hauptargument aber, welches er am Ende nochmals hervorhob, war, *daß der Impfstoff von 1957 ein nach dem augenblicklichen Stand der Wissenschaft erreichbares Maximum an Sicherheit und an Wirksamkeit gewährt*.⁶⁵

Ganz überzeugt aber waren die bayerischen Eltern anscheinend nicht von dem neuen Impfstoff. So konstatierte noch 1960 ein Bericht der Nürnberger Nachrichten die nur schleppende Impfbereitschaft der Bevölkerung:

Obwohl die Schrecken der Kinderlähmung weithin bekannt sind, scheuen sich immer noch viele Eltern, ihre Sprößlinge impfen zu lassen. Heuer sind in Bayern zwar schon 160 000 Jugendliche mit der ersten und zweiten Impfung versehen worden. Das ist aber nur ein Teil der gefährdeten Jugendlichen. Nach der letzten amtlichen Erhebung von Ende September 1959 sind von den Angehörigen der besonders bedrohten Jahrgänge, das sind die Drei- bis Sechsjährigen, jetzt bestenfalls ein knappes Drittel geimpft.⁶⁶

Sabins Schluckimpfung – Kinderlähmung und Kalter Krieg

Während Salk in den USA schon als Held gefeiert wurde, wandte sich Dr. Albert Sabin an die UdSSR. Im Gegensatz zu Salk arbeitete er an einem Vakzin, das auf inaktivierten Lebendviren statt auf abgetöteten Krankheitserregern basierte.⁶⁷ Begierig, mit einem Konkurrenzverfahren die Leistungsfähigkeit des Sowjetstaates zu beweisen, ermöglichte die Regierung in Moskau Sabin Massenexperimente bisher ungekannten

⁶⁴ Der Spiegel 17, S. 28.

⁶⁵ Der Spiegel, 17, S. 32.

⁶⁶ BayHStA, MInn 109082, Nürnberger Nachrichten, 23.06.1960.

⁶⁷ Diese Lebendimpfstoffe aus inaktivierten Polio-Viren lösten beim Patienten eine Infektion im Darm aus, die jedoch ohne Symptome verlief und eine wesentlich längere Immunität garantierte als die Salk-Vakzine, deren Impfschutz regelmäßig erneuert werden musste. Ausgeschiedene Viren konnten zudem nicht geimpfte Menschen im Umfeld des Impflings immunisieren und so eine sog. Herdenimmunität herbeiführen. Zu den Unterschieden zwischen den beiden Varianten siehe etwa Fisher, 1967, S. 60–102.

Ausmaßes, frei von ethnisch-bürokratischen Einschränkungen.⁶⁸ 1959 schließlich präsentierte er gemeinsam mit russischen Kollegen die Ergebnisse seiner Arbeit. Ihr Auftritt fand in ungeahntem Ausmaß statt, denn Sabin und die sowjetischen Forscher konnten sich mit viereinhalb Millionen sicher verlaufenen Impfungen brüsten.⁶⁹ Binnen eines Jahres sollten in der UdSSR weitere 77,5 Mio. und in anderen Ostblockstaaten 23 Mio. Menschen mit Lebendimpfungen nach Sabin immunisiert worden sein.⁷⁰

Die DDR begann im Februar 1960 mit Sabin-Massenimpfungen,⁷¹ was bei den West-Berliner Gesundheitsbehörden die Sorge vor einer Ausbreitung ausgeschiedener Viren von Ostberlin nach Westen hervorrief.⁷² Wenig später, im Mai 1960, startete West-Berlin deshalb ein breit angelegtes Impfprogramm mit Lebendimpfstoffen nach Cox, die der Stadt als Spende von dem amerikanischen Pharmakonzern Lederle überlassen worden waren. Die Resonanz in der Bevölkerung blieb allerdings hinter den Erwartungen zurück, trotz massiver Werbemaßnahmen wurde über ein Drittel der Impfdosen nicht benötigt.⁷³ Außerdem zeigte sich bald, dass der verwendete Cox-Impfstoff in 48 Fällen Polio ausgelöst hatte – ein weiterer Zwischenfall, der das Vertrauen in die Impfstoffe zu erschüttern vermochte.⁷⁴

Der in der DDR verwendete Sabin-Tschumakow-Impfstoff hingegen erwies sich als sichere Waffe im Kampf gegen die Kinderlähmung. Ostdeutschland hatte seit 1961 kein einziges Polio-Todesopfer mehr zu beklagen⁷⁵ und die Zahl der Erkrankungen fiel stetig. Die im Juli 1961 veröffentlichte staatliche Infographik ‚DDR frei von Polio‘ veranschaulichte den Rückgang der Erkrankungen und pries die Erfolge der Regierung. Im Gegensatz

⁶⁸ Wilson, J.R., 1963, S. 18–20.

⁶⁹ Wilson, J.R., 1963, S. 300–303. Andere Forscher wie Cox und Koprowski, die länger und intensiver an der Erforschung von Lebendimpfstoffen gearbeitet hatten, verschwanden im Schatten des neuen Helden. Während Sabins Wirkstoff nach Test in den USA 1960 dort zugelassen wurde, erhielten Cox und Koprowski keine Zulassung. Wilson, D.J., 2009, S. 123 f.

⁷⁰ Seytre, 2005, S. 83–85.

⁷¹ Überspitzt hierzu die Beschreibung im Spiegel ein Jahr später: „Waggonweise rollten für die Zone und für Ostberlin Impfbonbons des Moskauer Zuckerkombinats an. Alle schulpflichtigen Kinder der DDR und auch viele Erwachsene wurden angewiesen, die Polio-Bonbons zu lutschen.“ Der Spiegel 30 (1961), S. 60.

⁷² Lindner, 2004, S. 253 f.

⁷³ Der Spiegel 36 (1960), S. 21.

⁷⁴ Lindner, 2004, S. 254.

⁷⁵ Klein, 2013, S. 173.

zu den 42 Toten, welche die BRD in diesem Jahr bereits zu verzeichnen hatte, war in der DDR nur ein einziges Kind von Polio betroffen.⁷⁶

Gönnerrhaft konnte der stellvertretende Vorsitzende des DDR-Ministerrates Willi Stoph deshalb an Bundeskanzler Konrad Adenauer schreiben: *Wir sind frei von der gefährlichen Seuche und anbieten, für das in diesem Sommer besonders betroffene Nordrhein-Westfalen drei Millionen Einheiten des Impfstoffes von Sabin-Tschumakow im Rahmen einer Rettungsaktion zu liefern.*⁷⁷ Dass die Bundesregierung dieses Angebot der *Ulbricht-Propagandisten*,⁷⁸ wie die ‚Zeit‘ es bezeichnete, letztlich mit der Begründung ausschlug, dass der Impfstoff nicht ausreichend getestet sei, rief in Teilen der Bevölkerung Unverständnis und Kritik hervor.⁷⁹

Dennoch, trotz der schlechten Erfahrungen mit Cox-Lebendimpfstoffen in Berlin und der Ostblock-Provenienz des Sabin-Impfstoffes, empfahl der Bundesgesundheitsrat für 1962 die Einführung der Schluckimpfung. Neben den international beobachtbaren Erfolgen dieses Verfahrens identifiziert Lindner zwei weitere Faktoren, welche die spezifische Aufgeschlossenheit westdeutscher Behörden gegenüber Sabins Methode erklären. Für die BRD, die als westeuropäisches Schlusslicht hinsichtlich der Polio-Impfquoten galt, bot die einfacher durchzuführende Schluckimpfung die Möglichkeit, diesen Rückstand aufzuholen. Außerdem war man in Bonn bemüht, möglichst schnell mit der DDR gleichzuziehen, deren Impfprogramme bereits beeindruckende Resultate erzielt hatten – was man dem Systemkonkurrenten im Westen nur zu gerne vorhielt.⁸⁰

Die kostenlos angebotenen Schluckimpfungen, die in Westdeutschland schließlich im Frühjahr 1962 als Massenimpfungsprogramme starteten, wurden wesentlich besser angenommen als die vorangegangenen Salk-Impfungen.⁸¹ Bereits im ersten Jahr ließen sich deutschlandweit 23 Mio.

⁷⁶ Thießen, 2013 [Onlineausgabe] 11-12.

⁷⁷ Zit. nach Der Spiegel 30 (1961), S. 59.

⁷⁸ Walter Gong: Es beginnt: Impfen mit Zucker. In: Die Zeit 3 (1962).

⁷⁹ Thießen, 2013 [Onlineausgabe], 12.

⁸⁰ Lindner, 2004, S. 254.

⁸¹ Tatsächlich war die Nachfrage der Bevölkerung derart hoch, dass einzelne Bundesländer verzögert mit den Impfprogrammen starten mussten, da befürchtet wurde, die vorhandenen Impfdosen würden nicht ausreichen. Der Spiegel 8 (1962), S. 78-81.

Menschen immunisieren. Bayern begann im Februar als erstes Bundesland mit der Ausgabe der Impfstoffe. Öffentlichkeitswirksam hatte Innenminister Alfons Goppel Anfang des Jahres in München vor versammelter Presse selbst die erste Dosis geschluckt.⁸² Viele Bayern sollten seinem Beispiel folgen.

| 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 | 1965 | 1966 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| 1182 | 460 | 61 | 12 | 8 | 6 | 3 |

Abb. 2: Poliofälle in Bayern, 1960-1966⁸³

Die Zahl der gemeldeten Polio-Erkrankungen ging in den folgenden Jahren rapide zurück. Stolz verkündete das bayerische Innenministerium 1966 die in als Tabelle aufgeführten rückläufigen Patientenzahlen und hob hervor, dass bereits *80 vom Hundert der durch die Krankheit besonders gefährdeten Kinder und Jugendlichen [...] in Bayern geimpft [seien]*.⁸⁴

Man wurde dabei nicht müde, die Wirksamkeit der Schluckimpfung zu betonen. Die aktuell noch auftretenden Fälle lieferten zudem beste Argumente:

Von den sechs im Jahre 1965 an Poliomyelitis Erkrankten waren vier nicht, einer unvollständig und einer nur mit Salk-Impfstoff Schutzgeimpft. [...] Im Jahre 1966 wurden bisher drei Erkrankungsfälle an Kinderlähmung bekannt. Zwei der Erkrankten waren nicht geimpft [...].⁸⁵

Dennoch dürfe man *diese Erfolge nicht auf's Spiel setzen und [sich] auf den Lorbeeren ausruhen*.⁸⁶ Um die Bürgerinnen und Bürger in diesem Sinne auch weiterhin zur Impfung zu bewegen, begleiteten staatliche Werbekampagnen von Beginn an die Impfprogramme.

⁸² Der Spiegel 8 (1962), S. 78.

⁸³ Erstellt nach BayHStA, MInn 109631, Mitteilungen an Presse und Rundfunk 71 (1966), 24.08.1966.

⁸⁴ BayHStA, MInn 109631, Mitteilungen an Presse und Rundfunk 71 (1966), 24.08.1966.

⁸⁵ BayHStA, MInn 109631, Mitteilungen an Presse und Rundfunk 71 (1966), 24.08.1966.

⁸⁶ BayHStA, MInn 109631, Mitteilungen an Presse und Rundfunk 71 (1966), 24.08.1966.

„Schluckimpfung ist süß, Kinderlähmung ist grausam“⁸⁷ – Impfwerbung und Impfkritik

Schon früh operierten Werbung und Aufrufe zur Impfung mit dem Motiv der Angst. Der Direktor der Kinderpoliklinik der Universität München schrieb im September 1960 in offenen Briefen an die Süddeutsche Zeitung:

*Es haben also die Eltern die Möglichkeit, ihr Kind vor der Erkrankung an einer poliomyelitischen Lähmung mit einer außerordentlich hohen Wahrscheinlichkeit zu schützen, wenn sie es rechtzeitig und ausreichend impfen lassen. Ebenso tragen sie die volle Verantwortung, wenn ihr Kind an Kinderlähmung erkrankt oder gar stirbt, sofern sie trotz Kenntnis dieser unzweifelbaren Erfolge unterlassen haben, von der Möglichkeit der Impfung Gebrauch zu machen.*⁸⁸

Die Einführung der Schluckimpfung 1962 vereinfachte das Impfverfahren insofern, als dass der Immunisierungstoff nun aufgelöst in Zucker einfach geschluckt werden konnte, statt gespritzt werden zu müssen. Daraus entwickelte sich der vielleicht einprägsamste Slogan der öffentlichen Gesundheitsaufklärung. ‚Schluckimpfung ist süß, Kinderlähmung ist grausam‘ war seit Beginn der 60er das Mantra der Werbeplakate und Fernsehspots, welche die Bevölkerung zur Schutzimpfung aufriefen.

Die Wirkung des Slogans zielte dabei in zwei Richtungen. Zum einen wurde die Impfung an sich als einfache, schmerzfreie und schnelle Prozedur angepriesen, um etwaige Ängste oder Ressentiments abzubauen. In diesem Kontext ist auch eine öffentlichkeitswirksame Aktion der Münchner Abendschau zu sehen, bei der bekannte Fernsehansagerinnen des Bayerischen Rundfunks ihre Kinder im Fernsehen impfen ließen.⁸⁹ Zum anderen wurden die Schrecken der Kinderlähmung als grausame Krankheit hervorgehoben, meist durch Abbildungen gelähmter Kinder dramatisiert.

⁸⁷ Polio-Initiative Europe e.V. (Hrsg.): Newsletter März 2012, S. 3. Dort auch ein Beispiel eines Werbe-Plakates.

⁸⁸ BayHStA, Mlnn 109082, Pfennig-Parade e.V. (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 1960. München 1961.

⁸⁹ BayHStA, Mlnn 109632, Wickert Institute Tübingen (Hrsg.): Abschlussbericht, 1968, Blatt 99.



Quelle: Chiron-Behring: Dauerleihgabe der Novartis Behring

Dieser Grundtenor der staatlichen Impfwerbung blieb über die Jahre hinweg unverändert. Ein neues Merkblatt der DVBK appellierte 1969/70 eindringlich:

*Jedes Kind hat ein Recht auf Impfschutz! Wenn Sie noch nicht geimpfte Kinder zu betreuen haben, seien Sie sich Ihrer Pflicht bewusst: Sie müssen diese Kinder zur Schluckimpfung bringen! Versäumen Sie die Impftermine, so würden sie [sic!] verantwortlich sein, wenn Ihre Kinder an Kinderlähmung erkranken. Schluckimpfung ist süß/ Kinderlähmung ist grausam.*⁹⁰

Ins selbe Horn blies auch die Werbung in Rundfunk und TV. In einer Sitzung des Ausschusses Seuchenhygiene im April 1973 wurde die Strategie für die gemeinsame Fernsehwerbung der Länder für die Polio-Schluckimpfung 1973/74 festgelegt, welche einmal mehr darauf abzielte, dass *Darstellung und Ausgang der Spots [...] eine gewisse Schockwirkung haben, um das Verantwortungsgefühl der Eltern für ihre Kinder wachzurütteln.*⁹¹

⁹⁰ BayHStA, MInn 109074, DVBK (Hrsg.): Neues Merkblatt zur Polioschluckimpfung, 1969/70.

⁹¹ BayHStA, MInn 109638, Ergebnismitschrift über die Sitzung des Ausschusses Seuchenhygiene am 5./6. April 1973 in Saarbrücken.

Während die ARD diese Werbespots auf Bundesebene kostenlos sendete,⁹² stellte der Bayerische Rundfunk dies dem Freistaat in Rechnung. Als Innenminister Gerold Tandler dies erfuhr, reagierte er recht ungehalten, wie ein behördeninternes Schreiben des Pressereferates 1979 zeigt:

*Staatsminister Tandler ist – so wörtlich – entsetzt über die Tatsache, daß der Bayerische Rundfunk 17.000 DM für 2x60 Sekunden Werbespots im Dienst der guten Sache „Polioschluckimpfung“ verlangt. Er bittet um den Entwurf eines entsprechenden Briefes an den Intendanten. Er ist bereit, dies zu einer Grundsatzfrage auch im Rundfunkrat zu machen.*⁹³

Nach zwei deutlich schärfer formulierten Entwürfen wurde letztlich ein eher zurückhaltendes Schreiben an den Intendanten des Bayerischen Rundfunks Reinhold Vöth versandt, in welchem unter anderem auf die Aufklärungspflicht des öffentlich-rechtlichen Senders verwiesen wurde.⁹⁴ Dieser lenkte rasch ein und erklärte entschuldigend: *Die bisherige Praxis war mir nicht bekannt.*⁹⁵

Es sollte nicht die letzte Diskussion um kostenlose Ausstrahlung bleiben. Als Bayern 1981 das Impfsystem änderte und statt an zwei Impfterminen ganzjährig Schluckimpfungen verabreichte, wandte sich Innenminister Tandler erneut an den Intendanten und ließ ihn wissen, dass *es wünschenswert [wäre], wenn auch die Einschalttermine des TV-Spots der ganzjährigen Impfwerbung entsprechen könnten. Vorstellbar wäre, den 30 Sekunden-Spot jeweils zweimal im Monat zu senden.*⁹⁶ Beim Bayerischen Rundfunk hingegen schien man wenig geneigt, derart viel Sendezeit kostenlos zur Verfügung zu stellen. Intendant Vöth erklärte, er könne sich nicht auf zwei Einschaltungen pro Monat festlegen lassen, außerdem würde dies *auch die Wirkung beim Zuschauer verfehlen.*⁹⁷ Statt einer ganzjährigen Berieselung argumentierte Vöth für gezielte, zeitlich begrenzte Aktionen, die mehr Eindruck auf die Bevölkerung haben würden.⁹⁸ Letztlich offerierte

92 BayHStA, MInn 109640, Schreiben des Staatsministers des Innern (BStMinI) an den Intendanten des Bayerischen Rundfunks (IBR), 28.02.1979.

93 BayHStA, MInn 109640, Schreiben des Pressereferats an Abteilung I E, 15.01.1979.

94 BayHStA, MInn 109640, Schreiben des BStMinI an den IBR, 28.02.1979.

95 BayHStA, MInn 109640, Schreiben des IBR an den BStMinI, 14.03.1979.

96 BayHStA, MInn 109640, Schreiben des BStMinI an den IBR, 10.12.1981.

97 BayHStA, MInn 109640, Schreiben des IBR an den BStMinI, 11.01.1982.

98 BayHStA, MInn 109640, Schreiben des IBR an den BStMinI, 11.01.1982.

der Bayerische Rundfunk *diese Spots mit Ausnahme in den Sommermonaten Juni, Juli und August monatlich einmal und während einer ‚Aktionswoche‘ im November [...] zusätzlich zweimal auszustrahlen.*⁹⁹ Allerdings nicht zu einem vom Ministerium vorzugebenden Termin, sondern – mit diesen Einschaltungen konnte man schließlich kein Geld verdienen – bei Programmlücken.¹⁰⁰

Die Kritik an den Polio-Impfprogrammen des Staates, speziell an der Schluckimpfung, lässt sich grob in zwei Gruppen einteilen. Die erste opponierte gegen Impfungen allgemein und stellte prinzipiell deren Nutzen in Frage. Diese Impfgegner, organisiert im Verein ‚Deutsche Volksgesundheitsbewegung‘, vertraten die Auffassung, dass *[a]uch das Impfen gegen die spinale Kinderlähmung [...] kein geeignetes, sondern ein sehr gefährliches Mittel [sei], das schon ganz empfindliche Schäden durch die Bildung von Gehirntumoren hervorgerufen habe.*¹⁰¹ Vertreter der Deutschen Volksgesundheitsbewegung artikulierten ihre Bedenken in journalistischen Beiträgen¹⁰² oder sandten Flugblätter direkt an offizielle Stellen.¹⁰³ Die Argumentation baute dabei in einem ersten Schritt zunächst auf die völlige Diskreditierung des Salk-Vakzins, wobei das Cutter-Unglück von 1955 als Kronzeuge für die Gefährlichkeit von Impfstoffen fungierte. Kritische Studien zum Salk'schen Verfahren wurden übermäßig betont, während alle anderen, positiv formulierten Stellungnahmen als Propaganda abgetan wurden. Während die Schluckimpfung weniger ein Wundermittel als eher eine *neue Gefahr darstelle, wurde für eine echte Stärkung der natürlichen Widerstandskräfte der Menschen durch vernünftige Lebensführung plädiert.*¹⁰⁴

⁹⁹ BayHStA, MInn 109640, Schreiben des Bayerischen Rundfunks an das BStMI, 15.02.1982.

¹⁰⁰ BayHStA, MInn 109640, Schreiben des Bayerischen Rundfunks an das BStMI, 15.02.1982.

¹⁰¹ BayHStA, MInn 110222, Schwäbische Landeszeitung Nr. 176, 04.08.1959. Ähnlich die Passauer Presse vom 04.08.1959 und die Süddeutsche Zeitung vom 06.08.1959. Die Zeitungen berichteten über die Deutsche Volksgesundheitsbewegung anlässlich eines von ihr initiierten Treffens zur Gründung einer internationalen ‚Föderation der Impfgegner‘.

¹⁰² Vgl. etwa BayHStA, MInn 110222, Forschepiepe, Hermann: Statt Impfen – gesund leben. Das große Fiasko des Salk-Impfstoffes. In: Der Körperbehinderte. Vierteljahresschrift für Zivilkörperbehinderte, Querschnitts- und Kindergelähmte, 9 (1962), S. 4-7.

¹⁰³ So leitete etwa die Regierung der Oberpfalz im Oktober 1962 Flugblätter an das Staatsministerium des Inneren weiter, welche direkt an den Regensburger Oberbürgermeister gesendet worden waren. Die oberpfälzischen Behörden gingen außerdem davon aus, *daß impfgegnerische Flugblätter dieser Art an maßgebende Persönlichkeiten in ganz Bayern versandt worden sind.* BayHStA, MInn 110222, Schreiben der Regierung der Oberpfalz an das BStMI, 25.10.1962.

¹⁰⁴ BayHStA, MInn 110222, Forschepiepe, Hermann: Auch das neueste Wundermittel - die Schluckimpfung - bringt Gefahren!

Die zweite Kritik richtete sich gegen die Handhabung der Impfprogramme, speziell die Werbung dafür. Ein aufgebrachter Bürger reagierte 1967 auf das Rundschreiben des Innenministeriums, welches zur Impfung gegen Kinderlähmung aufrief. Er beklagte die *kostenreiche Reklame*¹⁰⁵ mit der Eltern überschüttet¹⁰⁶ werden und kritisierte, dass der Staat *eine Werbetrommel rührt, um Eltern zustimmend zu gewinnen und somit also die Verantwortung auf die Laien*¹⁰⁷ abschiebe, anstatt eindeutig Stellung zu beziehen und die Schluckimpfung als gesetzlich verpflichtend vorzuschreiben. Der Unwille der Regierung erweckte für ihn den Eindruck, *dass es sich hier [bei der Schluckimpfung] nicht um eine Notwendigkeit, sondern um ein Geschäft handelt*.¹⁰⁸ Das Ministerium reagierte auf diese Vorwürfe und argumentierte für einen eigenverantwortlichen Bürger und gegen gesetzlichen Zwang:

*Es ist besser, den Staatsbürger von der Impfnotwendigkeit zu überzeugen, als ihn zur Impfung zu zwingen. Gerade die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung zeigt, daß der für eine wirksame Seuchenverhütung notwendige Durchimpfungsgrad auch ohne Impfpflicht erreicht werden kann.*¹⁰⁹

Auch die Strategie, im Rahmen der Impfwerbung bewusst Ängste der Bevölkerung anzusprechen, wurde heftig kritisiert. Den omnipräsenten Slogan der staatlichen Kampagne verdrehend, wettete der Artikel *Schluckimpfung ist süß, Werbung für Schluckimpfung ist grausam!*¹¹⁰ von 1973 nicht nur in gängiger Manier gegen die Impfstoffe nach Salk (*ein völliger Fehlschlag*¹¹¹) und Sabin, sondern vor allem gegen die *in ihrer Art nur als grausam*¹¹² zu bezeichnenden staatlichen Werbespots. Diese würden zudem eine nach dem Heilmittelwerbe-gesetz verbotene, da irreführende

105 BayHStA, MInn 109631, Schreiben an das BStMI, 11.11.1967.

106 BayHStA, MInn 109631, Schreiben an das BStMI, 11.11.1967.

107 BayHStA, MInn 109631, Schreiben an das BStMI, 11.11.1967.

108 BayHStA, MInn 109631, Schreiben an das BStMI, 11.11.1967.

109 BayHStA, MInn 109631, Schreiben des BStMI, 24.11.1967.

110 BayHStA, MInn 109635, Gesundheitspolitische Umschau, November 1973, S. 281.

111 BayHStA, MInn 109635, Gesundheitspolitische Umschau, November 1973, S. 281.

112 BayHStA, MInn 109635, Gesundheitspolitische Umschau, November 1973, S. 281.

Werbung¹¹³ für ein bestimmtes Arzneimittel darstellen. Juristisch war dieser Vorwurf zwar nicht haltbar,¹¹⁴ aber die moralische Anklage gegen das Spiel mit der Angst büßte dadurch nichts von ihrer Validität ein.

Die Impfprogramme, ebenso wie die Werbung dafür, liefen in Bayern bereits seit einigen Jahren, als 1967 die Wickert Institute, ein Markt- und Meinungsforschungsinstitut aus Tübingen, an das Innenministerium herantraten, um die Durchführung einer Repräsentativumfrage zur Polio-Impfung in Bayern anzubieten. Diese sollte helfen, *die Motive aufzudecken, die mit einer Zustimmung oder Ablehnung der Schluckimpfung in Zusammenhang stehen*¹¹⁵ und der Behörde somit als Planungsgrundlage für gezielte Aufklärungs- und Werbemaßnahmen dienen. Die Initiative ging also nicht von den Beamten im verantwortlichen Ministerium aus, sondern von einem Privatunternehmen, das im Kern zunächst eine Verdienstmöglichkeit erkannt hatte.

Der Abschlussbericht der Umfrage zur Akzeptanz der Bevölkerung zu Schutzimpfungen und Werbung für die Impfung gegen Poliomyelitis¹¹⁶ erreichte die Behörde schließlich im Dezember 1968.¹¹⁷ Als Quelle ist die Umfrage besonders deshalb von Wert, da

113 Hier liegt eindeutig der Tatbestand der irreführenden Werbung vor. Nach §3 ist das der Fall, wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, daß a) ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann, b) bei bestimmungsgemäßem Gebrauch keine schädlichen Nebenwirkungen eintreten. Im übrigen ist es nach §9 verboten [...] mit der bildlichen Darstellung von Veränderungen des menschlichen Körpers oder seiner Teile durch Körperschäden oder mit einer Aussage zu werben, die geeignet ist, Angstgefühle hervorzurufen oder auszunutzen. BayHStA, MInn 109635, Gesundheitspolitische Umschau, November 1973, S. 281.

114 In einem handschriftlichen Kommentar hält ein Beamter ausdrücklich fest: *Soweit die fragliche Werbung vom BaySt.Mdl veranlaßt wird, ist sie keine Wirtschaftswerbung und damit keine Werbung i.S.v. §1 HWG.* Gleichzeitig beweist der Beamte durchaus einen gewissen Sinn für Humor und Ironie, indem er nämlich die gegen die staatliche Werbung angeführten Paragraphen auf eine im selben Magazin abgedruckte Werbung für ein alternatives Darmtherapeutikum anwendet. BayHStA, MInn 109635, Gesundheitspolitische Umschau, November 1973, S. 281, handschriftliche Anmerkungen.

115 BayHStA, MInn 109632, Wickert Institute Tübingen an das BStMI, 28.11.1967

116 BayHStA, MInn 109632, Wickert Institute Tübingen (Hrsg.): Abschlussbericht, 1968.

Die Kriterien der aktuellen Empirischen Sozialforschung würden, auf die Arbeitsmethode der Wickert Institute Tübingen angewandt, einige handwerkliche Fehler in der Umfrage aufzeigen, insbesondere hinsichtlich Fragensukzession, Vermeidung hypothetischer Fragestellungen und allgemein der eindeutigen Zuordnung von Antwortmöglichkeiten. Vgl. hierzu etwa Diekmann, Andreas: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek 2007, S. 434–547.

Einige der hier angesprochenen Punkte und Unklarheiten stießen auch bei den Beamten des Innenministeriums auf Kritik, wie handschriftliche Notizen an diversen Entwürfen der Fragebögen und auf dem vorläufigen Abschlussbericht der Wickert Institute zeigen. Siehe BayHStA, MInn 109632.

117 Um die Ergebnisse der Umfrage besser für die Planung der Impfwerbung des Jahres 1969 nutzen zu können, drängte das Ministerium bereits seit Sommer 1968 auf die Zustellung des Abschlussberichtes und erreichte Ende August immerhin die Zusendung eines vorläufigen Berichtes, in dem jedoch die sozio-demographischen und sozio-ökonomischen Analysen fehlten. BayHStA, MInn 109632.

sie neben der Einstellung der Bevölkerung gegenüber bestimmten gesundheitspolitischen Maßnahmen auch sozio-demographische, sozio-ökonomische und geographische Daten über die Befragten liefert.

Die Umfrage ist repräsentativ für den Freistaat im 2. Quartal 1968. Zu diesem Zeitpunkt waren 68% der Kinder und 66% der Erwachsenen gegen Polio geimpft, vergleichbar hohe Quoten erreichte sonst nur die Pockenschutzimpfung.¹¹⁸ 88% der Polio-Impfungen waren dabei als Schluckimpfung verabreicht worden.¹¹⁹ Informationen über die Impfprogramme bezogen die Menschen vorwiegend aus privaten Gesprächen, der Zeitung und zu geringerem Maße durch Aushänge, amtliche Bekanntmachungen und Merkblätter. Plakate, Anzeigen, Fernseh- und Rundfunkeinschaltungen sowie Ministerbriefe oder Postkarten hingegen wurden nur selten als Medien genannt, durch welche man auf die Impfkationen aufmerksam wurde.¹²⁰ 94% der Befragten hatten grundsätzlich keine Bedenken gegen eine Impfung, lediglich die Gruppe der Rentner war diesbezüglich skeptischer eingestellt.¹²¹ Die Notwendigkeit einer Polio-Schutzimpfung wird allgemein als groß erachtet, ebenso wie eine Fortführung der Immunisierungsmaßnahmen auch nach dem deutlichen Rückgang der Krankheit.¹²²

Bei der Beantwortung der bisher aufgeführten Fragen zeigten sich kaum Abweichungen hinsichtlich sozio-demographischer, sozio-ökonomischer oder geographischer Daten. Umso interessanter sind die Unterschiede, die bei der Frage *Glauben Sie, dass genügend getan wird, um die Bevölkerung in Bezug auf die Schutzimpfung aufzuklären?* zu Tage treten. Allgemein beantworteten 66% dies mit Ja. Interviewte mit höherem Bildungsgrad wie Abitur oder einem Universitätsabschluss bejahten die Frage allerdings nur zu 52%. Die deutlichsten Differenzen treten jedoch bei der Aufschlüsselung nach Regierungsbezirken zu Tage. Besonders gut aufgeklärt fühlten sich die Menschen laut der Ergebnisse in der Oberpfalz (Ja: 82%) sowie in Ober- und Niederbayern (je 72% Ja). Während in Franken rund 65% die Frage bejahten,

¹¹⁸ BayHStA, MInn 109632, Abschlussbericht, Blatt 6.

¹¹⁹ BayHStA, MInn 109632, Abschlussbericht, Blatt 8.

¹²⁰ BayHStA, MInn 109632, Abschlussbericht, Blatt 9.

¹²¹ BayHStA, MInn 109632, Abschlussbericht, Blatt 11–15.

¹²² BayHStA, MInn 109632, Abschlussbericht, Blatt 18, 28, 34, 78 sowie 121.

waren die Menschen in Schwaben weniger überzeugt. Nur 49% erachteten die bisherigen Aufklärungsmaßnahmen als ausreichend.¹²³ Dieses geographische Muster¹²⁴ lässt sich vergleichbar auch bei der Frage *Hatten Sie für Ihr Kind eine Aufforderung zu einer freiwilligen Impfung gegen Kinderlähmung bekommen?* finden. In Schwaben konnten nur 2% diese Frage bejahen, in Ober- und Unterfranken jeweils 11%, während die restlichen Regierungsbezirke Zustimmungsraten von 36–49% bei dieser Frage aufwiesen.¹²⁵ Die 1968er-Umfrage blieb indes ein Einzelfall. Auf ein Angebot der Wickert Institute, die Meinungserhebung im Jahr 1970 zu wiederholen, ging das Innenministerium nicht ein.¹²⁶

***Sieg über eine Seuche?*¹²⁷ Kinderlähmung zwischen Ausrottung, Impfmüdigkeit und Einschleppkrankheit**

1963 kam es in Baden-Württemberg noch einmal zu einer Häufung von Poliofällen, ein *letztes Aufflackern der Krankheit*¹²⁸, wie ein Virologe es ausdrückte, ausgelöst durch einen Erregertyp, gegen den erst ein Jahr später geimpft wurde. Forscher waren sich sicher: *Nach dieser Impfkaktion dürfte die Polio bei uns keine Chance mehr haben.*¹²⁹ Der Spiegel rief deshalb schon 1964 den *Sieg über eine Seuche*¹³⁰ aus. Dank der Massenimpfungen gegen Poliomyelitis ging die Zahl der Neuerkrankungen in Westdeutschland seit Anfang der 1960er tatsächlich massiv zurück. Von über 4.000 Fällen vor Beginn der Schluckimpfung, sank die Zahl auf 296 (1962), 241 (1963) und weiter auf 54 (1964), 48 (1965) und 17 Fälle (1966).¹³¹ Schließlich hatte die BRD 1970 noch 15, 1985 sogar nur noch 4 Fälle von Polio-Erkrankungen zu vermelden.¹³²

Die bahnbrechenden Erfolge der Impfprogramme hatten der Kinderlähmung in kürzester Zeit ihren Schrecken genommen. Beinahe sofort führte dies zu einem

123 BayHStA, MInn 109632, Abschlussbericht, Blatt 39–43.

124 Etwaige Gründe für diese regionale Differenzierung können allein auf Grundlage der deskriptiven Fragebogenauswertung jedoch nicht ausgemacht werden und bleiben einstweilen Aufgabe weiterführender Untersuchungen.

125 BayHStA, MInn 109632, Abschlussbericht, Blatt 104.

126 BayHStA, MInn 109632, Schreiben der Wickert Institute an das BStMI, 30.07.1970.

127 Der Spiegel 7 (1964), S. 84.

128 Der Spiegel 7 (1964), S. 84.

129 Der Spiegel 7 (1964), S. 84.

130 Der Spiegel 7 (1964), S. 84.

131 Lindner, 2004, S. 238.

132 Beier, Daniel: Impfpräventable Infektionskrankheiten und Impfraten. In: Public Health Forum 17/63 (2009), 6.e1.–6.e3, hier 6.e1.

nachlassenden Bewusstsein in der Bevölkerung, sodass die Verantwortlichen sich schon bald gezwungen sahen, offensiv für die Impfung zu werben. Der Bayerische Landtag wandte sich bereits 1967 diesbezüglich an die Regierung:

*Die Staatsregierung wird ersucht, unter Beteiligung der Landesärztekammer und der Publikationsorgane die bayerische Bevölkerung auch in Zukunft über die Notwendigkeit und Bedeutung einer Teilnahme an der Impfung gegen Kinderlähmung aufzuklären, um im Hinblick auf die schweren Folgen dieser Erkrankung der zunehmenden Impfmüdigkeit zu begegnen.*¹³³

Der Ausschuss für Seuchenhygiene, der 1973 über die gemeinsame Fernsehwerbung der Länder für die Polio-Schluckimpfung 1973/74 beriet, verfolgte klar dasselbe Ziel als er festhielt, dass [i]n der diesjährigen Werbung [...] daher die schlechte Immunitätslage und die wieder akute Epidemiegefahr herausgestellt werden [sollten].¹³⁴

Nicht nur die sinkende Impffreudigkeit der Bevölkerung war ein Problem für die Gesundheitsbehörden. Während wilde Polioviren in Deutschland beinahe ausgerottet worden waren, entwickelte sich die Kinderlähmung in den 1960ern und 70ern zunehmend zu einer *Einschleppkrankheit*.¹³⁵ Die DVBK empfahl den leitenden Medizinalbeamten der Länder daher schon 1967:

*Um die Einschleppung von Polio-Viren bei uns zu verhüten, empfehlen wir, durch die Einrichtung von Polio-Dauerimpfstellen Ferienreisenden, Gastarbeitern und ähnlichen Personen die Teilnahme an einer Polioschluckimpfung auch außerhalb der öffentlichen Impftermine zu ermöglichen.*¹³⁶

Schließlich sollten mehrsprachige Handzettel auch Gastarbeiter aus Ländern mit geringerem Durchimpfungsgrad über die Notwendigkeit der Polio-Impfung aufklären.¹³⁷ Vorrangig aber müsse die Bekämpfung der Impfmüdigkeit in Deutschland sein. Andernfalls, so fürchteten die Behörden, könnten von Touristen oder Gastarbeitern eingeschleppte wilde Polio-Stämme erneut zu Epidemien führen.¹³⁸

133 BayHStA, MInn 109631, Schreiben des Bayerischen Landtages an die Staatsregierung, 14.11.1967.

134 BayHStA, MInn 109638, Ergebnisniederschrift über die Sitzung des Ausschusses Seuchenhygiene am 5./6. April 1973 in Saarbrücken.

135 Der Spiegel 45 (1973), S. 205.

136 BayHStA, MInn 109631, Schreiben DVBK an die Ldt. Medizinalbeamten der Länder, 15.06.1967.

137 Der Spiegel 45 (1973), S. 206.

138 Der Spiegel 31 (1979), S. 153.

Fazit

Die Poliomyelitis durchlief drei historische Phasen. Über Jahrtausende hinweg war sie eine relativ seltene Krankheit, die kaum Aufmerksamkeit erregte. Im Windschatten sich stetig verbessernder hygienischer Bedingungen wurde sie zur Geisel moderner Gesellschaften und verbreitete Angst und Schrecken unter den Eltern. Seit der Einführung flächendeckender Impfungen ist sie heute eine Krankheit, die als besiegt gilt.¹³⁹

Lange Zeit fast ausschließlich eine ‚American Story‘ dauerte es bis in die Nachkriegszeit, bevor die Kinderlähmung auch in Europa epidemisch ausbrach und ins Bewusstsein der Bevölkerung rückte. Der Kampf gegen die Krankheit war zunächst durch unzureichende Behandlungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Ein starkes Engagement der Öffentlichkeit und die Mobilisierung weiter Teile der Bevölkerung zur Spendensammlung, schufen die Rahmenbedingungen für eine verbesserte Versorgung der Betroffenen und schließlich für den wissenschaftlichen Durchbruch, die Entwicklung der Impfstoffe. Während der Salk-Impfstoff von den westdeutschen Behörden zunächst lange Zeit skeptisch betrachtet und nur zögerlich eingeführt wurde, übernahm man die Schluckimpfung nach Sabin relativ rasch, ein Fakt, der sicher auch im Kontext des Kalten Krieges und in Hinblick auf die (System-)Konkurrenz zur DDR zu interpretieren ist. Die Masseneimpfungen Anfang der 1960er-Jahre zeigten einen durchschlagenden Erfolg und eliminierten die Kinderlähmung als Bedrohung, was gleichzeitig allerdings die Sorglosigkeit und somit Impfmüdigkeit der Bevölkerung erhöhte.

Es hat sich gezeigt, dass der Kampf gegen die Kinderlähmung in Bayern genauso wie in den USA nicht nur ein Kampf des staatlichen Gesundheitssystems war. Nach amerikanischem Vorbild wurde mit der Pfennig-Parade schon 1950 eine privat organisierte Stiftung zur Sammlung und Verteilung von Spendengeldern in Bayern gegründet. Die Presse berichtete ausführlich über Fortschritte und Rückschläge bei der Bekämpfung der Krankheit. Immer wieder wandten sich außerdem einzelne Bürger direkt an das Ministerium um Kritik zu äußern.

¹³⁹ Oshinsky, 2005, S. 9.

Staatliche Maßnahmen betrafen nicht nur die institutionellen Aspekte der Immunisierungsanstrengungen. Mit eindrucksvollen Werbekampagnen versuchten die Behörden seit Einführung der Massenimpfungen die Bevölkerung von der Sicherheit, Wirksamkeit und Notwendigkeit derselben zu überzeugen. Argwöhnisch betrachtet wurden dabei die diesem Versuch entgegenlaufenden Bemühungen der verstreut agierenden Impfgegner. Mehr als gegen Aktivisten, hatten die staatlichen Impfprogramme allerdings gegen eine wachsende Impfmüdigkeit anzulaufen. Dennoch, die Erfolge der Polio-Vakzine waren triumphal. Binnen weniger Jahre sank die Zahl der Neuerkrankungen von mehreren Tausend auf beinahe null.

Europa wurde 2002 schließlich als frei von Polioviren erklärt.¹⁴⁰ Markiert dies den endgültigen Tod der grausamen Krankheit in Bayern? Polio ist eine sterbende, aber noch keine ausgestorbene Krankheit. Bedingt durch Bürgerkriegswirren und kollabierende Gesundheitssysteme in Teilen des Nahen Ostens kann sich die Krankheit in jüngster Zeit wieder ausbreiten.¹⁴¹ Globalisierung, internationaler Reiseverkehr und Flüchtlingsbewegungen begünstigen die Verbreitung von Viren. Nur eine konsequente Durchimpfung in globalem Maßstab kann der Kinderlähmung letztlich den endgültigen Todesstoß versetzen.

Alexander Cors, (Studium B.A. Geschichte/Geographie 2011–14 in Augsburg und Wien) studiert Historische Wissenschaften und Interdisziplinäre Europastudien an der Universität Augsburg und verbringt das akadem. Jahr 2014/15 als Austauschstudent an der Emory University in Atlanta. Diese Arbeit entstand im Rahmen des Hauptseminars „Sauberes Bayern – Gesundes Bayern?“ im SS 2014 bei Frau Dr. Diana Egermann-Krebs.

Quellen- und Literaturverzeichnis

a) Archivalische Quellen

Bayerisches Hauptstaatsarchiv München

MIIn 109043, Schnellmeldungen des Statistischen Landesamtes Bayern sowie des Bundesgesundheitsamtes in Koblenz zu Poliomyelitis und anderen meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten.

MIIn 109047, Vorschläge zur Bekämpfung der Kinderlähmung.

MIIn 109074, Tätigkeit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (chem. der Kinderlähmung).

MIIn 109082, Gemeinnütziger Verein zur Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung in Bayern (Pfennig-

¹⁴⁰ Klein, 2013, S. 166.

¹⁴¹ Der Spiegel 47 (2013), S. 100 f.

Parade) e.V.

MIln 109617, Bundesgesundheitsamt (Hrsg.), Hauptgutachten des Bundesgesundheitsamtes über den jetzigen Stand der Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung, insbesondere über die Wirksamkeit der bisherigen Sicherungsmaßnahmen und die entsprechenden Erfordernisse, o.O. 1956.

MIln 109631, Schutzimpfung gegen Poliomyelitis.

MIln 109632, Schutzimpfung gegen Poliomyelitis.

MIln 109638, Schutzimpfung gegen Poliomyelitis.

MIln 109649, Schutzimpfung gegen Poliomyelitis.

MIln 110222, Kampf der Impfgegner für die Aufhebung jeglichen Impfwanges.

b) Gedruckte Quellen:

Der Spiegel 40 (1948), Punkte wie Schmetterlinge, S. 25.

Der Spiegel 21 (1955), Die große Prüfung, S. 35-37.

Der Spiegel 17 (1957), Kinderlähmung – Impfen oder nicht?, S. 28-32.

Der Spiegel 36 (1960), 480000 Cocktails, S. 21-22.

Der Spiegel 30 (1961), Aus dem Schnapsglas, S. 59-60.

Der Spiegel 8 (1962), Aktion Brunhilde, S. 78-81.

Der Spiegel 7 (1964), Später Sieg, S. 83-84.

Der Spiegel 45 (1973), Lohn der Angst, S. 204-206.

Der Spiegel 31 (1979), Bundesbürger poliogefährdet, S. 153.

Der Spiegel 47 (2013), Das unpolitische Virus, S. 100-101.

Gong, Walter, Es beginnt: Impfen mit Zucker, in: Die Zeit 3 (1962), <http://www.zeit.de/1962/03/es-beginnt-impfen-mit-zucker>.

Literatur:

Beier, Daniel: Impfpräventable Infektionskrankheiten und Impfraten. In: Public Health Forum 17/63 (2009), 6.e1–6.e3.

Diekmann, Andreas: Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 18. Aufl. Reinbek 2007.

Fisher, Peter Jack: The Polio Story. London 1967.

Gilden Seavey, Nina/Smith, Jane S./Wagner, Paul: A Paralyzing Fear. The Triumph Over Polio in America. New York 1998.

Gould, Tony: A Summer Plague. Polio and its Survivors. New Haven/ London 1995.

Heß, Dieter: Die Poliomyelitis von 1956 bis 1960 in den kreisfreien Städten und Landkreisen Westdeutschlands und in den Gemeinden Nordbayerns, Erlangen 1962.

Klein, Silvia: Zusammenhang zwischen Impfungen und Inzidenz und Mortalität von Infektionskrankheiten. Zeitreihenanalysen mit Meldedaten zu Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis und Tetanus von 1892 bis 2011 in Deutschland. Berlin 2013.

Lindner, Ulrike: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. München 2004.

Paul, John R.: A History of Poliomyelitis. New Haven/London 1971.

Offit, Paul A.: The Cutter-Incident. How America's First Polio Vaccine Led to the Growing Vaccine Crisis. New Haven 2005.

Internet:

Oshinsky, David M.: Polio. An American Story. Oxford/ New York 2005.

Polio-Initiative Europa e.V. (Hrsg.), Newsletter März 2012, <http://www.polio-initiative-europa.de/medien/Newsletter_Schlucki.pdf> [Stand: 26.06.2014].

Seytre, Bernard: The Death of a Disease. A History of the Eradication of Poliomyelitis. New Brunswick 2005 [zuerst als: Histoire de l'éradication de la poliomyélite. Paris 2004].

ThieBen, Malte: Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR. In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History 10/3 (2013), S. 409-432, Onlineausgabe: <<http://www.zeithistorische-forschungen.de/3-2013/id%3D4731#pgfid-1041084a>> [Stand: 10.08.2014].

Wilson, Daniel J.: Polio. Santa Barbara 2009.

Wilson, John Rowan: Polio! Die Geschichte eines Impfstoffes. Wien/ Hamburg 1963 [zuerst als: Margin of Safety. The Story of Poliomyelitis Vaccine. Collins 1963].

„Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit!“ Der Wandel des Tabaks vom Genuss- und Heilmittel zur Gesundheitsbedrohung

von Marina Gaiser

Der Tabak und dessen Konsumformen sind seit der frühen Neuzeit einem ständigen Wandel unterlegen, der vor allem seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Gesellschaft in der Bundesrepublik stark geprägt hat. Es stellt sich nun die Frage, was zu einem solchen Wandel geführt hat und wie sich dieser in der Gesellschaft bemerkbar machte. Denn immer noch ist kein anderes Genussmittel so weit verbreitet, wird so häufig konsumiert und ist zudem so sehr umstritten wie der Tabak. Wo früher Rauchen als Symbol für bürgerlichen Wohlstand galt, wird es heute als Laster der Süchtigen angesehen. Die folgende Arbeit soll Aufschluss über diesen Wandel geben und seine Auswirkungen bis in die Gegenwart zeigen. Zunächst soll geklärt werden, wie der Tabak seinen Weg nach Europa fand, wie und wer ihn konsumierte und wie sich die Zigarette als gängigste Konsumform in ganz Europa durchsetzen konnte.

In der Medizin galt Tabak lange als Allheilmittel für verschiedenste Leiden. Dies änderte sich jedoch ins Gegenteil und spätestens seit den 1970er und 80er Jahren ist sich die medizinische Wissenschaft einig, dass der Konsum von Tabak negative Folgen für die Gesundheit haben kann. Diese Arbeit stützt sich überwiegend auf Zahlenmaterial zu Anzahl, Alter oder Geschlecht der Raucher. ‚Opferzahlen‘ des Tabaks wurden aufgrund des sich häufig widersprechenden Datenmaterials außen vor gelassen. Fakt ist, dass heute das Rauchen von Tabak vielerorts verboten ist und die Tabakwerbung stark eingeschränkt wurde. Welche Maßnahmen gegen das Rauchen von den Regierungen festgelegt wurden und welchen Beitrag Aktionen von Nichtraucherinitiativen und Privatpersonen leisteten, soll ebenfalls erläutert werden.

Der Forschungsstand zu den Themen Rauchen und Tabak ist sehr breit gefächert. Literatur über die Geschichte des Tabaks und des Rauchens von der frühen Neuzeit bis in die 1950er Jahre findet sich zuhauf und stützt sich oft auf

schriftliche Quellen aus Chroniken, Tagebüchern oder damaligen Berichten. Vor allem das Werk ‚Geschichte des Rauchens. „Die Trockene Trunkenheit“‘ von Egon Caesar Conte Corti ist sehr ausführlich und bietet sehr viele Informationen über die Wege des Tabaks und darüber, wie er konsumiert oder ebenso verboten wurde. Neuere Publikationen wie ‚Der Krieg gegen die Raucher‘ von Walter Wippersberg und ‚Das Gesunde Leben‘ von Detlef Briesen beschäftigen sich mit aktuelleren Daten und Studien oder thematisieren den Begriff ‚Sucht‘. Insgesamt ist bei einigen Veröffentlichungen mal mehr, mal weniger leicht zu erkennen, ob der Autor Raucher oder ein Rauchgegner ist, weshalb manche Werke dahingehend kritisch gesehen werden sollten.

Hochinteressantes Material zum Thema Rauchen und einzelnen Antirauch-Kampagnen findet sich darüber hinaus im Bestand des Bayerischen Hauptstaatsarchives in München. Hier finden sich in einigen Akten des Bayerischen Ministeriums des Innern aufschlussreiche Briefwechsel, Broschüren, Zeitungsartikel sowie Plakate oder Aufsteller, die allesamt in Zusammenhang mit dem Rauchen und dem Kampf gegen die Raucher stehen. Die Quellen stammen größtenteils aus den 1970er oder 80er Jahren, also aus der Zeit als das Bild vom Tabakrauchen kontinuierlich negativer wurde.

Tabak als Heil- und Genussmittel

Heute kaum noch vorstellbar, aber im vorneuzeitlichen Europa war weder die Tabakpflanze noch der Konsum dieser bekannt. Erst durch die Entdeckung Amerikas kam der Tabak nach Europa. Auf dem gesamten amerikanischen Kontinent wurde schon Jahrhunderte zuvor Tabak konsumiert. Er wurde geschnupft, in Blätter gerollt und geraucht oder mit verschiedenen Pfeifen genossen.¹

Schriftlich erstmals erwähnt wurde die Tabakpflanze im Schiffstagebuch des Christoph Columbus am 15. Oktober 1492 als „trockene Blätter“.² Bartholomé de las Casas, der die spanischen Entdecker begleitete, schilderte

¹ Hess, Henner: Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren. Frankfurt am Main 1987, S. 9 f.

² Bluhm, Detlef: Auf leichten Flügeln ins Land der Phantasie. Tabak und Kultur von Columbus bis Davidoff. Berlin 1997, S. 32; Corti, Egon Caesar Conte: Geschichte des Rauchens. „Die Trockene Trunkenheit“. Ursprung, Kampf und Triumph des Rauchens. Frankfurt am Main 1986, S. 29 f.

in seiner „Allgemeinen Geschichte der Indien“ von 1527 schließlich den Konsum von Tabakblättern. Er beschrieb wie trockene Kräuter in Blätter gesteckt, angezündet und geraucht würden. Den Europäern war folglich nicht nur die Tabakpflanze an sich unbekannt, sondern ebenso die Art des Konsums.³ Als schließlich nach der Entdeckung Amerikas der Schiffsverkehr zwischen Europa und Amerika immer stärker wurde, fingen die ersten Seeleute damit an Tabak zu rauchen, was sich rasch unter Hafentarbeitern, Seeleuten und Handwerkern verbreitete.

Die Tabakpflanze hatte somit ihren Weg nach Europa gefunden und wurde durch den französischen Arzt und Diplomaten Jean Nicot um 1560 herum medizinisch erforscht. Nicot experimentierte mit Tabak als Heilmittel und war begeistert. Er setzte diesen als Mittel gegen Geschwüre, Kopfschmerzen und Wunden ein. Katharina von Medici soll Tabakpulver gegen Migräne und Verstimmungen geschnupft haben. Im Jahr 1570 wurde die Tabakpflanze von den zwei Botanikern Charles Etienne und Jean Liebault schließlich nach Nicot als *Nicotiana* benannt. Auch der Name des im 19. Jahrhundert entdeckten Nervengifts Nikotin, das in Tabak enthalten ist, erinnert so heute noch an Nicot.⁴

Bevor sich der Tabak also als Genussmittel bei allen Schichten in Europa durchsetzte, war die Tabakpflanze besonders als Heilmittel beliebt. In höfischen Kreisen, bei Botanikern, Medizinern und Apothekern galt sie als Heilmittel für verschiedenste Leiden wie beispielweise Verdauungsprobleme, Geschwüre, Zahnschmerzen, Husten, Kopfschmerzen oder als Abwehrmittel gegen Pest. Die medizinische Verwendung von Tabak endete erst im 19. Jahrhundert und verschwand im 20. Jahrhundert gänzlich, als die Medizin begann Tabak bzw. dessen Konsum als enorme Gefahr einzustufen.⁵

Bis zum Ende des 16. Jahrhunderts etwa hatte sich der Konsum von Tabak als Genussmittel endgültig durchgesetzt. Besonders Seeleute, Kaufmänner und Händler sowie Soldaten trugen dazu bei, dass der Tabakkonsum in

³ Bluhm, 1997, S. 33 f.; Corti, 1986, S. 35.

⁴ Bluhm, 1997, S. 41-44; Wippersberg, Walter: Der Krieg gegen die Raucher. Zur Kulturgeschichte der Rauchverbote. Wien 2010, S. 22 f.; Corti, 1986, S. 47-54; Hess, 1987, S. 16 f.

⁵ Hengartner, Thomas: Tabakkonsum und Rauchen. Theoretische Überlegungen zu einer Volkskunde der Genussmittel. In: Hengartner, Thomas/Merki, Christoph Maria (Hg.): Tabakfragen. Rauchen aus kulturwissenschaftlicher Sicht. Zürich 1996, S. 115; Bluhm, 1997, S. 43-48.

verschiedenen Formen in ganz Europa bei Menschen aller sozialen Schichten und beinahe jeden Alters verbreitet wurde.⁶ Vor allem das Pfeifenrauchen erfreute sich auch in Deutschland wachsender Beliebtheit. Dazu trug ferner der Dreißigjährige Krieg (1618–1648) bei, wodurch Soldaten aus ganz Europa das Pfeifenrauchen in alle Regionen der deutschen Gebiete brachten. Obwohl das Tabakschnupfen bei der Oberschicht zu dieser Zeit am beliebtesten galt, so war doch das Pfeifenrauchen die gängigste Konsumform beim Großteil der Bevölkerung. Tabakpfeifen wurden unter anderem aus Holz, Ton, Metall, Glas oder Porzellan hergestellt und gab es in verschiedenen Formen.⁷ Heute ist die Tabakpfeife schon eher eine Rarität geworden und zählt wohl kaum mehr zu den gängigen Konsumformen.

Nachdem die Tabakpfeife im 17. Jahrhundert so populär war, setzte sich von Frankreich ausgehend das Tabakschnupfen im 18. Jahrhundert immer mehr durch. Zunächst war, wie bereits erwähnt, das Schnupfen bei den Adeligen und den gehobenen bürgerlichen Schichten sehr beliebt. Dies rührte einerseits daher, dass Pfeife rauchen eben bei den unteren Schichten recht gängig und daher zu gewöhnlich für die Oberschicht war, andererseits entwickelte sich das Schnupfen zu einer regelrechten Zeremonie und passte somit perfekt in das von vielen komplizierten Ritualen begleitete Leben eines kultivierten Menschen zur Zeit des Rokoko. Der Vorgang des Schnupfens hatte einem genauen Ablauf zu erfolgen und die Tabakdosen, auch Tabatiere genannt, waren oft enorm wertvoll und häufig mit Edelsteinen besetzt und reichlich verziert. Bis zum 19. Jahrhundert verschwand das Tabakschnupfen in gehobenen Kreisen wieder und Schnupftabak war von da an nur noch dort gängig, wo Rauchen nicht gestattet war, beispielsweise in Räumlichkeiten mit zu hoher Brandgefahr wie Bibliotheken oder in Bergwerken.⁸ Im Gegensatz zu Amerika war das Tabakkauen als Form des Tabakgenusses in Europa nie allzu sehr verbreitet. In den Vereinigten Staaten dagegen kauten zeitweise bis zu einem Drittel der Tabakkonsumenten ihren Tabak. Erst im 20. Jahrhundert verschwindet der Kautabak auch

⁶ Hengartner, 1996, S. 116 f.

⁷ Blum, 1997, S. 69.

⁸ Hengartner, 1996, S. 119 f.; Blum, 1997, S. 75–76; Corti, 1986, S. 219f.; Hess, 1987, S. 32–36.

hier, als zeitgleich der Kaugummi immer größeren Anklang findet.⁹

Nachdem das Tabakschnupfen aus der Mode kam erlebte die Tabakpfeife zwar einen kurzen Aufschwung, wurde jedoch von der Zigarre bereits etwa ab der ersten Hälfte des 19. Jahrhundert abgelöst. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts war das Rauchen zu einer breiten Massenerscheinung geworden. Die Zigarette, die ihren Namen eigentlich in Frankreich bekam, verbreitete sich durch den Krimkrieg (1853–1856) dann in ganz Europa. Nicht ganz klar ist, ob dort die über 50.000 Soldaten aus Frankreich, Großbritannien und Italien der schlechten Versorgungslage wegen Tabakkrümel in Papier rollten oder ob sie sich das Zigarettendrehen in Zeitungspapier mit orientalischem Tabak von ihren russischen Kontrahenten oder türkischen Verbündeten abschauten. Wahrscheinlich trug beides zur Verbreitung der Zigarette bei.¹⁰

Ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden Zigaretten bereits maschinell gefertigt und es konnten große Mengen an Zigaretten in kürzester Zeit hergestellt werden wodurch gleichzeitig die Verkaufspreise sanken.¹¹ 1877 wurde Tabak noch etwa in gleichen Teilen mittels Pfeife und Zigarre konsumiert, der Zigarettenkonsum war immer noch nur marginal. Anfang des 20. Jahrhunderts jedoch hatte die Zigarette endgültig Europa erobert und der jährliche Konsum stieg von acht Milliarden Zigaretten im Jahr 1910 auf 30 Milliarden im Jahr 1925 an und erreichte schließlich 1942 einen Höhepunkt mit 80 Milliarden. Nach 1942 brach der Konsum aufgrund kriegsbedingter Versorgungsengpässe jedoch ein. Die deutsche Zigarettenindustrie lag 1945 am Boden und die Tabakvorräte waren aufgebraucht. Der offiziell ermittelte Konsum ging von 1940 bis 1950 pro Jahr und Kopf erstmals um 50% zurück. Allerdings sollten solche Zahlen stets kritisch beurteilt werden, denn trotz allem spielten besonders amerikanische Zigaretten in der Nachkriegszeit eine wichtige Rolle. Diese wurden in den Westzonen vorübergehend auch als Währung verwendet. Als die amerikanische Filterzigarette ihren Weg nach Deutschland fand, begann der enorme Massenkonsum, denn sie war

⁹ Bluhm, 1997, S. 77 f.; Wippersberg, 2010, S. 27 f.; Hess, 1987, S. 28.

¹⁰ Briesen, Detlef: Das gesunde Leben - Ernährung und Gesundheit seit dem 18. Jahrhundert. Frankfurt 2010, S. 216 f.; Bluhm, 1997, S. 138-140; Wippersberg, 2010, S. 30; Corti, 1986, S. 283; Hess, 1987, S. 39 f.

¹¹ Bluhm, 1997, S. 141–143.

noch leichter und angenehmer zu inhalieren, was insbesondere Frauen und Jugendlichen den Einstieg in das Rauchen erleichterte. Die zuvor den deutschen Markt beherrschende Orient-Zigarette aus dunklem, schwerem Tabak verschwand. Vor allem in der Nachkriegszeit war der Tabak bzw. die Zigarette ein Teil der entstehenden modernen Massenkonsumgesellschaft. Bis etwa 1970 stieg die Zahl der Raucher und der Zigarettenkonsum stetig zu.¹² In den 1980er Jahren waren 97% der Tabakprodukte schließlich Zigaretten oder Feinschnitt-Tabake zum selber drehen.¹³

Gegen Ende der 1940er begannen Forscher in den USA und Großbritannien bereits erstmals damit systematisch die Folgen des Rauchens zu erforschen. Erste Ergebnisse gegen Mitte der 1950er Jahre sollten die Schädlichkeit des Rauchens beweisen. 1962 erschien schließlich der *Smoking and Health Report des Royal College of Physicians* und zwei Jahre später folgte ein Bericht mit demselben Titel des *U.S. Surgeon General's Advisory Committee*¹⁴. Beide Berichte erklärten das Rauchen von Zigaretten als Hauptgrund für die weltweite Zunahme von Lungenkrebstoten.¹⁵ Kritik von Seiten der medizinischen Forschung konnte jedoch nicht verhindern, dass speziell der Konsum sogenannter Leichtzigaretten zunahm, die aufgrund ihres niedrigeren Teer- und Nikotingehalts als weniger schädlich erachtet wurden.¹⁶ Es zeigte sich außerdem, dass das Zigarettenrauchen schnell in den alltagskulturellen Kontext eingebettet wurde. So wurde es immer weniger kritisiert, dass nun viele Frauen rauchten und das vermehrt in der Öffentlichkeit. Zudem war Rauchen in den Filmen der 1950er bis 70er Jahre nichts Unübliches.¹⁷

Ab etwa der 1970er wurden schließlich auch die Auswirkungen des Passivrauchens untersucht und als gesundheitsschädlich eingestuft.¹⁸ Das positive Bild des Rauchens begann sich nach und nach deutlich zu ändern.

¹² Briesen, 2010, S. 147f.

¹³ Tanner, Jakob: Rauchzeichen. Zur Geschichte von Tabak und Hanf. In: Tabakfragen, S. 40.

¹⁴ Der sogenannte Terry-Report von 1964 fasste mehrere medizinische Studien zusammen und erregte weltweite Aufmerksamkeit, siehe Hess, 1987, S. 55 f.

¹⁵ Briesen, 2010, S. 236 f.

¹⁶ Briesen, 2010, S. 239.

¹⁷ Hengartner, 1996, S. 127 f.

¹⁸ Briesen, 2010, S. 245.

Im Kontext mit dem globalen Umweltschutz-Diskurs der 1970er erhielten Wissenschaftler und Mediziner mehr Aufmerksamkeit, wenn sie über die Auswirkungen des Tabakkonsums diskutierten. Eine regelrechte Anti-Tabak-Bewegung entstand, die rauchfreie Zonen forderte und Aufklärungsarbeit vorantrieb. Die Zigarette wurde mehr und mehr aus dem Alltag verdrängt und Rauchen wurde „denormalisiert“¹⁹. Nun stellt sich die Frage welche Maßnahmen von Personen oder Institutionen zur Durchsetzung von Rauchverboten führten und warum diese immer energischer gefordert wurden.

Entstehung und Durchsetzung von Rauchverboten ab dem 20. Jahrhundert

Obwohl sich das positive Bild des Rauchens in Deutschland ab den 70er Jahren sehr gewandelt hatte, zeigte sich immer wieder, dass die Bundesrepublik in Bezug auf Maßnahmen gegen das Rauchen, stets ein wenig hinterher zu hinken schienen. In den USA gab es schon seit den 1960ern mehrere klare Gesetze gegen das Rauchen. In der BRD hingegen entstanden zunächst nur einige freiwillige Absprachen und Kompromisse ohne feste gesetzliche Regelungen. Als Folge hiervon wurde in Deutschland und Europa einige Zeit länger als in den USA über Fernsehwerbespots, Printanzeigen oder Radiowerbung Tabakwerbung in den Medien verbreitet.²⁰ Da Zigaretten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als Standardprodukte galten, wurden sie möglichst kreativ und häufig unter Verwendung typischer Images beworben. Raucher bzw. Raucherinnen wurden in der Regel positiv, sportlich, aktiv, jung, dynamisch und erfolgreich dargestellt. Bei den Konsumenten sollte der Eindruck erweckt werden, eben durch den Zigarettenkonsum gesellschaftlich oder beruflich erfolgreich zu werden. Vor allem jüngere Menschen sollten so als neue Konsumenten gewonnen werden.²¹ Werbung wurde für die Tabakindustrie enorm wichtig und diese wiederum war bedeutend für die Werbebranche, die hohe Einnahmen durch Zigarettenwerbung erzielte.²² Zwischen 1966

¹⁹ Hengartner, 1996, S. 129.

²⁰ Briesen, 2010, S. 297.

²¹ Briesen, 2010, S. 300; Hess, 1987, S. 121 f.

²² Briesen, 2010, S. 298.

und 1972 gab es nur Richtlinien, welche die Tabakwerbung einschränkten. So sollte beispielsweise nicht für extremen Konsum auf Plakaten oder Ähnlichem geworben werden. Ab 1973 entschlossen sich die Tabakkonzerne dazu gänzlich auf Fernsehwerbung zu verzichten. Die Einhaltung von Richtlinien wurde vom Deutschen Werberat kontrolliert, der auch Geldstrafen bei Nichteinhaltung verhängen konnte. Die Richtlinien wurden von den Tabakriesen im Großen und Ganzen eingehalten, da diese sich im Klaren darüber waren, dass mäßige Richtlinien oder Selbstverpflichtungen sie weniger einschränkten als gesetzliche Regelungen, die sie unbedingt verhindern wollten.²³

Gegen die Anti-Rauchpolitik argumentierte die Zigarettenindustrie meist mit zwei Gründen: Steuern und Arbeitsplätzen. In den 70er Jahren waren etwa 55.000 Menschen in der Zigarettenindustrie beschäftigt und das Steueraufkommen auf Tabakwaren erreichte im Jahr 1973 rund 15 Milliarden Mark. Das überstieg die Abgaben, die andere Genussmittel wie Kaffee, Bier und Tee zusammen einbrachten.²⁴

Als im Laufe der 70er Jahre das Passivrauchen Teil der Tabakdebatte wurde und vermehrt die Frage aufkam, inwiefern Passivrauchen schädlich sein konnte, wurde die öffentliche Meinung und das Bild des Rauchens immer negativer. Verstärkt wurde dies durch einzelne Gerichtsurteile. Juristen versicherten, dass ein Recht auf eine rauchfreie Umwelt durch das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit im Grundgesetz abgedeckt wurde und es gelang in Einzelfällen dieses Recht vor Gericht einzuklagen.²⁵

Jedoch betrafen Maßnahmen gegen das Rauchen zunächst meist nur die gesundheitliche Aufklärung und den Schutz nichtrauchender Minderjähriger, bundesweit klare Rauchverbote gab es anfangs nicht. Bedeutend für Handlungen gegen den Nikotinmissbrauch waren neben den Gesundheitsministerien von Bund und Ländern auch die Deutsche Krebshilfe, der *Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit* e. V. und die lokalen Nichtraucherinitiativen, von denen es 1981 bundesweit etwa 40 gab. Seit 1988 gibt es die Nichtraucher-Initiative

²³ Briesen, 2010, S. 301.

²⁴ Briesen, 2010, S. 298 f.

²⁵ Briesen, 2010, S. 300.

Deutschland e.V. die sich selbst als Dachverband der Initiativen sieht.²⁶

Dass immer mehr Menschen das Rauchen am Arbeitsplatz, in Gaststätten oder in der Öffentlichkeit nicht mehr dulden wollte, zeigten einige kleinere Vergeltungsaktionen von Privatleuten. Ein Narkosefacharzt in München zog beispielsweise durch die Stadt und bepinselte Tabakwerbeplakate, Passanten verteilten Flugblätter mit einer abgebildeten Krebslunge oder besprühten Raucher mit Wasser und in Bremen steckten ‚Anonyme Radikale Nichtraucher‘ sogar Zigarettensautomaten in Brand. Auch in einigen Akten des Bayerischen Ministeriums des Innern fanden sich diverse Beschwerdebriefe an das Ministerium, beispielsweise von der nichtrauchenden Olympiasiegerin im Diskuswerfen Gisela Mauermayer. Sie hatte vom Tabakkonzern Reemtsma ohne Aufforderung eine Probepackung Zigaretten erhalten, die sie inklusive einer persönlichen Stellungnahme zum Thema Rauchen an den Konzern zurückschickte. Den Durchschlag ihrer Antwort an Reemtsma schickte sie überdies an das Bayerische Innenministerium, um dieses von der unerwünschten Probepackung und ihrem Unmut darüber in Kenntnis zu setzen. In derselben Akte fand sich noch eine Beschwerde ‚ZSV- Info Wintersemester 77/76‘ seitens des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung von Baden-Württemberg, das an den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen gerichtet war. In dieser Studieninformationszeitschrift war nach Ansicht des baden-württembergischen Ministers zu viel Zigaretten- bzw. Tabakwerbung abgedruckt, die gerade junge Menschen unnötig auf den Tabakkonsum aufmerksam mache.²⁷

Zudem kämpften immer wieder einzelne Personen über den Gerichtsweg für ihr Recht auf Rauchfreiheit. So erhielt ein Nichtraucher 300 DM Schmerzensgeld, da er während seines Fluges von Tokio nach Hamburg zwischen 300 Rauchern sitzen musste. Des Weiteren gingen bei

26 Krause, Ernst-Günther: Kurzinfo über die Nichtraucher-Initiative Deutschland e.V. (03.11.2006), <http://www.nichtraucherschutz.de/vereins-informationen/allgemeines/kurzinfo_-ue-ber_die_nichtraucher-initiative-deutschland_e.v._%28nid%29.html> [Stand: 29.09.2014].

27 BayHStA, Mlnn 111035, Brief von Dr. Gisela Mauermayer an das Bayerische Innenministerium; BayHStA, Mlnn 111035, Beschwerde seitens des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, gerichtet an den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen über die „ZSV- Info Wintersemester 77/76“.

Ministerien und Gerichten unzählige Beschwerdebriefe ein, teils von Privatpersonen, meist von den überall entstehenden Nichtraucher-Vereinen. Die Nichtraucherinitiativen arrangierten darüber hinaus eigene Nichtraucher-Bälle, gaben Zeitungen und Broschüren heraus und veranstalteten Informationsabende. Solche Aktionen und Reaktionen waren die Zeichen eines Bewusstseinswandels, der immer offenkundiger wurde. Gegen die Raucher formierte sich in der Bundesrepublik zunehmend Widerstand, angetrieben von Medizinern und Gesundheitspolitikern. Das Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte zudem stetig neue Schätzungen zu den Todeszahlen in Folge des Rauchens. Der Verband der niedergelassenen Ärzte forderte bereits 1980 höhere Krankenkassenbeiträge für Raucher, eine Forderung, die auch heute noch viel diskutiert wird.²⁸

Bis in die 80er Jahre gab es dennoch nur vereinzelt gesetzliche Regelungen gegen das Rauchen. 1974 beispielsweise untersagte das ‚Gesetz zur Neuordnung und Bereinigung des Rechts im Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen‘ Rundfunkwerbung für Tabak. Im Jahr 1982 wurde die Warnung „Der Bundesgesundheitsminister: Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit!“ auf Zigarettenverpackungen festgelegt.²⁹ Die Bundesbahn begann gleichzeitig damit, ein Teil der Zugabteile für Nichtraucher zu reservieren und manche Airlines richteten ‚Rauchfreie Zonen‘ in Flugzeugen ein. Darüber hinaus gab es ein paar einzelne Restaurants mit Nichtraucherräumen oder Nichtrauchertaxis.³⁰ Dass es zunächst keine strengeren bundesweiten Rauchverbote gab lag mitunter wohl daran, dass das Rauchen von Tabak bei vielen noch immer als Zeichen von Wohlstand galt.

Eine Studie zwischen 1960 und 1981 zeigte, dass die Anzahl der Raucher sich zwar kaum änderte, der Konsum jedoch enorm zunahm von etwa einer halben zu etwas mehr als einer ganzen Schachtel pro Tag. Außerdem rauchten 1979 45% der Frauen, wohingegen es 1960 nur 29% gewesen waren. In den

28 Glass, Henry: Kreuzzug gegen den Qualm, Spiegel 19/1981 (04.05.1981), <<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14332339.html>>, als PDF: <<http://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/14332339>> [Stand: 28.09.2014].

29 Briesen, 2010, S. 302.

30 Glass, Kreuzzug gegen den Qualm, Spiegel 19/1981.

80er Jahren war sich aber schließlich auch die Wissenschaft einig darüber, dass Rauchen eine anerkannte Suchterkrankung mit sozialen und körperlichen Folgen war. Jedoch gab es für Raucher, die aufhören wollten, bis etwa 1990 außer Broschüren oder Bücher nur wenig Hilfe. In den letzten 20 Jahren hat sich dies jedoch geändert und es gibt heute zahlreiche Anlaufstellen, Kurse und verschiedenste Therapieformen für jene, die mit dem Rauchen aufhören wollen.³¹

Das Handeln der deutschen Regierung gegen das Rauchen stand seit der Jahrtausendwende meist unter dem Einfluss der Europäischen Kommission und des Europäischen Parlaments und geht von Absprachen und Kompromissen nun immer mehr zu strikten Gesetzen über.³² So wurden mit der ‚EU-Richtlinie über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen‘ ab dem Jahre 2003 aufgedruckte deutliche Warnhinweise auf Zigarettenpackungen in allen Mitgliedsstaaten der EU verpflichtend. Die verschiedenen Sätze wie „Raucher sterben früher“ oder „Rauchen kann tödlich sein“ sind heute sicherlich den meisten Rauchern nur allzu gut bekannt. Für die Zukunft plant die EU-Kommission weitere Maßnahmen gegen das Rauchen. Fotos von Raucherbeinen und Raucherlungen auf Zigarettenpackungen sollen eine abschreckende Wirkung haben, sogar einheitliche Packungen in schwarz oder grau sind im Gespräch. Wichtigstes Argument der EU-Kommission bleibt die Zahl der Toten in Folge des Rauchens, die vom europäischen Statistikamt auf 650.000 Europäer jährlich geschätzt wird. Die Tabakkonzerne hingegen bemängeln, dass die EU so stark eingreift und weisen darauf hin, dass sich das Konsumverhalten durch größere Warnhinweise nicht bedeutend ändern würde.³³

Die Tabakwerbung in Printmedien wurde bis 2006 ebenfalls sehr stark eingeschränkt. Im Jahre 2007 wurde das Nichtraucherschutzgesetz beschlossen, das Rauchen in Einrichtungen des Bundes verbietet und ferner dazu führte, dass ein Rauchverbot in allen öffentlichen Verkehrsmitteln

31 Briesen, 2010, S. 302 f.

32 Briesen, 2010, S. 297.

33 Klooß, Kristian: Tabakkonzern Reemtsma – Krise, welche Krise? (01.11.2011), <<http://www.manager-magazin.de/unternehmen/handel/a-795251-3.html>> [Stand 28.09.2014].

(Flugzeug, Bahn, Bus, Straßenbahn, Taxi) offiziell durchgesetzt wurde. Ebenfalls seit 2007 ist es verboten Tabakerzeugnisse an Minderjährige zu verkaufen oder abzugeben.³⁴ Auch an öffentlichen Plätzen, sei es ein Bahnhof der Deutschen Bahn, eine Straßenbahnhaltestelle oder ein Park, weisen Rauchverbots-Schilder auf rauchfreie Zonen hin. Wer einen Zigarettenstummel wegwirft, muss vielerorts damit rechnen eine Geldstrafe zu zahlen, sobald die Tat von der Polizei beobachtet wird.

Der starke Wandel in der Gesellschaft, der schon in den 60er Jahren langsam begonnen hatte, ist heutzutage verstärkt zu beobachten und zeigt sich durch viele Rauchverbote. Vor allem die Rauchverbote in Behörden und Gaststätten wurden schon in der Vergangenheit vielfach diskutiert. In beiden Fällen dauerte es einige Jahrzehnte bis sich klare Regelungen durchgesetzt hatten, die im Folgenden näher erläutert werden.

Rauchverbote in Behörden – Aktion *Bitte bei mir nicht!*³⁵

Rauchverbote in Behörden und öffentlichen Einrichtungen sind heute für die meisten Menschen normal und alltäglich. Kaum einer könnte es sich wohl noch vorstellen in einer Bank oder beim Finanzamt einfach im Gebäude eine Zigarette zu rauchen. Als Beispiel für Maßnahmen gegen das Rauchen in Behörden soll die Aktion *Bitte bei mir nicht!*³⁶ dienen. Diese Aktion entstand Mitte der 1970er auf Betreiben des bayerischen Innenministers Dr. Bruno Merk. Ziel der Aktion war es, Rauchen im Gesamtbereich der inneren Verwaltung einzudämmen. Gegenstand der Aktion war ein Klappaufsteller, der in *Sympathisch humorvoller Weise den Zigarettenkonsum eines Kettenrauchers verdeutlichen und gegen übermäßiges oder gegen Rauchen überhaupt werben soll*³⁷ Dieser sollte an freiwillige Mitwirkende und öffentlich, angestellte Mitarbeiter, vor allem in stark besuchten Behörden (Innere Verwaltung, Finanzämter, Justizbehörden etc.) verteilt werden. Die Rückseite des Aufstellers wurde mit einem Fragebogen bedruckt, welcher der ‚Erfolgskontrolle‘ dienen sollte.

³⁴ Briesen, Das gesunde Leben 2010, S. 303-305.

³⁵ BayHStA MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“, Schreiben des Innenministeriums an die untergeordneten Behörden.

³⁶ BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

³⁷ BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

Dadurch sollten Erkenntnisse über das Rauchen im Öffentlichen Dienst sowie über die psychologischen Auswirkungen einer solchen Aktion auf die mitwirkenden Beamten, rauchende Kollegen und auf das Publikum gewonnen werden. Die erste Auflage des Aufstellers belief sich auf rund 17.000 Stück, wobei es Schreiben gibt, die auf Nachbestellungen in den Folgejahren schließen lassen. Die beiden sichtbaren Seiten des Aufstellers zeigten einen Mann mit vielen Zigaretten im Mund. Auf der einen Seite stand der Schriftzug *Bitte nicht so viele!*, auf der anderen *Bitte bei mir nicht!* dabei.³⁸ Auf der Rückseite des Aufstellers war ein Fragebogen mit folgendem Text aufgedruckt:

Rauchen? – „Bitte bei mir nicht!“

Auf Anregung der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Bayern führt das Bayer. Staatsministerium des Innern im Herbst 1975 die Anti-Rauch-Aktion „Bitte bei mir nicht!“ auf freiwilliger Basis durch. Bedienstete von Behörden, vor allem von solchen mit Publikumsverkehr, werden gebeten, diesen Aufsteller auf ihren Schreibtischen, am Schalter etc. aufzustellen.

Für die damit verbundene Umfrage beantworten Sie bitte ohne Namensnennung und nur zur statistischen Auswertung die nachstehenden Fragen. Sollten Sie nicht bereit sein, den Aufsteller zeitweilig aufzustellen, werfen Sie ihn bitte nicht in den Papierkorb, sondern füllen ihn soweit möglich aus und geben ihn an Ihre Behörde zurück.

Die Behörden werden gebeten, die ausgefüllten Aufsteller ab Mitte Dezember einzusammeln und spätestens bis 10. Januar 1976 zurückzusenden an:

Bayer. Staatsministerium des Innern, 800 München 22, Odeonsplatz 3³⁹

Der Aufsteller war scheinbar recht erfolgreich, da es zahlreiche Bestellungsbriefe von bayerischen Behörden gibt. Einziger Kritikpunkt schien wohl die Gestaltung des Aufstellers, beziehungsweise das Foto des Aufstellers gewesen zu sein, der eigentlich sympathisch und humorvoll wirken sollte. So hieß es in einem Brief vom Oberdirektor der Regierung Oberfranken an das Bayer. Staatsministerium des Innern vom September

³⁸ BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

³⁹ BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

1975: *Es wurden Stimmen laut, ob anstelle des Mannes mir einer Reihe von Zigaretten im Mund nicht etwas Ansprechenderes gefunden werden kann. Ähnliche Äußerungen gab es auch von Privatpersonen. Ein schriftlicher Kommentar auf einem Fragebogen kritisierte ebenfalls die Aufmachung des Aufstellers:*

Ich bin als vorwiegender Nichtraucher nicht bereit, meinen ggf. rauchenden Gesprächspartner mit der zwangsläufig beleidigend wirkenden Fratze auf dem Aufsteller zu identifizieren. Ich lehne daher das Aufstellen dieser Karte in meinem Dienstzimmer ab.⁴⁰

Bestellt wurde der Aufsteller auch von einigen Privatpersonen die eine geringe Anzahl der Aufsteller erhielten. Eine größere Anzahl der Pappschilder erhielten zudem die Handwerkskammer Ulm und die IHK Augsburg, das Kolpingbildungswerk Augsburg, die Allgäuer Alpenmilch Aktiengesellschaft München oder die AOK Göttingen. Letztere bekam jedoch nur 5 Exemplare zugesandt, mit dem Hinweis, sie könnten diese kostenpflichtig selbst nachdrucken. Durch Zeitungsberichte wurde die Aktion zudem populärer.⁴¹

Die Ergebnisse des Umfragebogens wurden in einem Bericht über die Befragung von J. Braun und Dr. W. Sing von der Stiftungsfachhochschule München etwa ein Jahr später zusammengefasst. Insgesamt wurden über 50% der Fragebögen ausgefüllt zurück geschickt (rund 8.000). Leider ist das Ergebnis eigentlich nicht repräsentativ, da hauptsächlich Bedienstete der inneren Verwaltung an der Umfrage teilgenommen hatten. Unter den Einsendern waren 25% Raucher, 10% Gelegenheitsraucher und 63% Nichtraucher. Der Bericht zeigt, dass 60% der Befragten es als unangenehm empfanden, wenn in ihrer Gegenwart geraucht wurde. Wenn man die Befragten nach Rauchern und Nichtrauchern trennt, zeigt sich, dass sich vor allem Nichtraucher von den Rauchern belästigt fühlten, nämlich 80%. Nichtraucher wurden der Umfrage nach als besser über Risiken des Rauchens informiert, eingestuft. Denn Raucherbein und Lungenkrebs wurden von 85% der Nichtraucher als Gefahr des Rauchens angegeben. Wohingegen nur

⁴⁰ BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“, Bericht über die Befragung von J. Braun und Dr. W. Sing von der Stiftungsfachhochschule München, November 1976.

⁴¹ BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

rund 40% der Raucher Lungenkrebs und Raucherbein als Gefahr einstufen. Diese Ergebnisse könnten aber vielleicht auch daher rühren, dass Raucher Gefahren verdrängen oder eine andere Einstellung zu den Gefahren des Rauchens haben. Als sinnvolle Maßnahmen gegen das Rauchen gaben die Befragten absolutes Reklameverbot, Rauchverbot in öffentlichen Räumen, Erhöhung der Tabaksteuer und eine stärkere Aufklärung (in absteigender Reihenfolge) an. Fast 50% der Befragten gaben an, dass sie Raucherräume in Gaststätten, Arbeitsstellen und öffentlichen Gebäuden für sinnvoll hielten.⁴²

Bundesweit verboten wurde das Rauchen in Behörden jedoch noch lange nicht. Es gab nur einige kleinere Aktionen, um das Rauchen einzudämmen wie beispielsweise einen Aufsteller für Büros oder Sitzungsräume mit dem Titel *Darf geraucht werden?*⁴³, der im Rahmen einer Aktion namens *Der neue Trend „No smoking please“*⁴⁴ des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz erstellt wurde. Dieser Aufsteller hatte mehrere umklappbare Seiten mit verschiedenen Auswahlmöglichkeiten. So konnte man wählen zwischen:

Wir haben beschlossen nicht zu rauchen.

Wir machen alle 2 Stunden eine Raucherpause.

Wir machen jede Stunde eine Raucherpause.

Die Sitzung wird jede halbe Stunde unterbrochen – für die Raucher⁴⁵

Inwiefern dieser Aufsteller Erfolg hatte oder wie weit er verbreitet war, ist leider nicht bekannt. Ebenso ist unklar, ob Aufsteller und Aktionen wie *Bitte bei mir nicht!*⁴⁶ dafür gesorgt haben, dass in Behörden weniger geraucht wurde. Ob gar Raucher aufgrund der Aktionen aufgehört hatten zu rauchen, lässt sich heute leider kaum mehr feststellen. Es ist aber dennoch bemerkenswert, dass es schon rund 30 Jahre vor einem endgültigen Rauchverbot in allen Behörden solche Aktionen gegen das Rauchen gab. Zudem sind sie ein weiterer Beweis

42 BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“, Bericht über die Befragung von J. Braun und Dr. W. Sing von der Stiftungsfachhochschule München, November 1976.

43 BayHStA, MInn 111032, Tischaufsteller „Darf geraucht werden?“ von „Der neue Trend „No smoking please““, eine Aktion des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit zum Thema Rauchen am Arbeitsplatz 1976.

44 BayHStA, MInn 111032, Tischaufsteller „Darf geraucht werden?“.

45 BayHStA, MInn 111032, Tischaufsteller „Darf geraucht werden?“.

46 BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

dafür, dass das Rauchen von immer weniger Menschen geduldet wurde und sich die Tabakgegner immer mehr mobilisierten und ihrem Missfallen kundtaten. Erst im Jahr 2004 sah schließlich eine neue Gesetzesinitiative des Petitionsausschusses des Bundestags ein striktes Rauchverbot in allen Behörden mit Besucherverkehr vor. Dieses Verbot soll für Mitarbeiter als auch für Gäste gelten und wurde wieder mit der Gefahr des Passivrauchens begründet.⁴⁷

Rauchverbot in Gaststätten

Die Diskussion um ein Rauchverbot in Gaststätten begann schon Ende der 70er Jahre, als der allgemeine Unmut gegenüber Rauchern immer mehr zunahm. In Gaststätten war Rauchen bis dahin alltäglich gewesen und die Zigarette nach dem Essen in geselliger Runde gehörte für die meisten Raucher einfach dazu. Erstmals mit Nachdruck gefordert wurde ein Rauchverbot in Gaststätten vor allem von den einzelnen Nichtraucherinitiativen.

In einem Schreiben des *Ärztlichen Arbeitskreises Rauchen und Gesundheit e.V.* vom April 1979 an das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr mit dem Thema ‚Nichtraucherschutz in Gaststätten‘, forderte der *Ärztliche Arbeitskreis* beispielsweise ein Rauchverbot in Gaststätten, da einer Verordnung über den Verkehr mit Lebensmitteln tierischer Herkunft nach, Personen die mit Lebensmitteln arbeiten in den betreffenden Räumen auch nicht rauchen dürfen. Zigarettenrauch schade den Speisen, weshalb auch ein Rauchverbot im Speiseraum nötig sei, da sonst die Speisen der Nichtraucher durch den Rauch der Raucher sozusagen geschädigt würden. Das Bayerische Ministerium des Innern erklärte in einem Antwortschreiben jedoch, dass aus der Verordnung über den Verkehr mit Lebensmitteln kein Rauchverbot abgeleitet werden könne, denn die Verordnung betreffe nur das Behandeln von Speisen und dieser Vorgang sei mit dem Servieren der Speisen im Speiseraum abgeschlossen.⁴⁸ Wenn man die damals aufkommende Debatte über das Passivrauchen bedenkt, liegt es nahe, dass der Ärztliche Arbeitskreis die Verordnung über den Verkehr mit Lebensmitteln beziehungsweise die Schädigung der Speisen durch Rauch als Vorwand nahm, um ein Rauchverbot

⁴⁷ Spiegel Online: Gesetzesinitiative: Rauchverbot in deutschen Ämtern (24.09.2004), <<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/gesetzesinitiative-rauchverbot-in-deutschen-aemtern-a-319633.html>> [Stand: 25.09.2014].

⁴⁸ BayHStA, MInn 111030, Schreiben des Ärztlichen Arbeitskreises Rauchen und Gesundheit e.V. von 1979 an das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr mit dem Thema „Nichtraucherschutz in Gaststätten“.

in Gaststätten zu erreichen, welches dann vermutlich eher die Nichtraucher vor dem Passivrauch der rauchenden Gästen schützen sollte. Dass es aber noch mehr Stimmen gegen das Rauchen in Gaststätten gab, zeigt eine ‚Resolution‘ der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. vom Juli 1980. Hier heißt es:

In allen Hotels und Gaststätten sollen rauchfreie Speise- und Aufenthaltsräume eingerichtet werden. [...] In Anbetracht der wissenschaftlich unumstrittenen Erkenntnisse über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens, die zuletzt durch das von der Weltgesundheitsorganisation für den Weltgesundheitstag 1980 festgelegte Motto „Rauchen oder Gesundheit – Deine Wahl“ bestätigt wurden, wird der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband ersucht, seinen Mitgliedern die Errichtung von rauchfreien Speise- und Aufenthaltsräumen, wie es bereits von einigen Hotels und Gaststätten vorbildlich praktiziert wird, allgemein zu empfehlen. Dadurch können Hotels und Gaststätten einen wertvollen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten. Sie sind darüber hinaus auch ihren vielen nichtrauchenden Gästen gegenüber verpflichtet, für die der Aufenthalt in den Räumen, in denen geraucht wird, nicht nur störend, sondern auch von besonders gesundheitlicher Gefährdung ist. [...]“⁴⁹

Es gab zu diesem Zeitpunkt bereits einzelne Gaststätten mit rauchfreien Räumen, wenngleich es nicht viele gewesen sein dürften. Interessant ist zudem, dass die rauchfreien Räume vor allem wieder durch die Gefahren des Passivrauchens begründet werden.

Der Streit um rauchfreie Gaststätten zog sich jedoch noch einige Jahre hin. Selbst einige der Regelungen, die in den Jahren von 2004 bis 2008 in Kraft traten, wurden kurz darauf widerrufen oder abgeändert. Die Bundesländer legten nach und nach verschiedene Maßnahmen für Gaststätten fest, die jedoch aufgrund von Ausnahmen einigen Wirten Schlupflöcher boten. Beispielsweise ‚verkleinerten‘ manche Wirte ihre Räumlichkeiten, indem sie jeweils die Fläche der einzelnen Räume angaben, statt der Fläche der ganzen Kneipe. Für die einzelnen Räume konnten sie dann Lizenzen für die sogenannten Einraumkneipen erhalten, in denen geraucht werden darf. Andere Wirte veranstalteten wöchentlich Feiern mit ‚geschlossener Gesellschaft‘, denn bei diesen wiederum ist Rauchen bis heute erlaubt. Die Ausnahmen stießen vor allem bei Politikern und Wissenschaftlern auf Kritik. Sonderregelungen zu

⁴⁹ BayHStA, MInn 111026, Resolution der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. 1980.

Gunsten von Raucher kneipen wurden sehr skeptisch gesehen, da es solche Regelungen in Belgien gibt und diese dort zu Wettbewerbsverzerrungen geführt hätten. Auch die Deutsche Krebshilfe forderte ein bundesweit einheitliches Gesetz für Gaststätten.⁵⁰

Seit dem 1. Juli 2008 gelten nun in allen Bundesländern Nichtraucherschutzgesetze, nach denen öffentliche gastronomische Betriebe rauchfrei sein sollen. Hierbei kann aber immer noch jedes Bundesland für sich entscheiden, wie das Rauchverbot in Gaststätten umgesetzt wird. In Baden-Württemberg beispielsweise müssen Gaststätten rauchfrei sein, dürfen aber trotzdem geschlossene Raucherräume einrichten. Zudem ist Rauchen in Einraumkneipen bis zu einer bestimmten Größe erlaubt. In Bayern hingegen herrscht ein recht strenges Gaststättenrauchverbot. Hier darf weder in Restaurants noch in Kneipen, Diskotheken oder Bierzelten geraucht werden. Dies wiederum bedeutet, dass Raucher häufig auf der Straße vor den Gaststätten oder Kneipen stehen, was vielerorts zu zahlreichen Anwohnerbeschwerden wegen starker Lärmbelästigung geführt hat. Trotzdem scheint das Rauchverbot in Gaststätten mittlerweile allgemein akzeptiert worden zu sein. So zeigte eine Studie des Deutschen Krebsforschungszentrums von 2012, dass über $\frac{3}{4}$ der Befragten rauchfreie Gaststätten begrüßen.⁵¹

Fazit

Es hat sich also gezeigt, dass der Tabak seit der frühen Neuzeit nicht nur auf verschiedene Weise verwendet und konsumiert wurde, sondern darüber hinaus zu vielen Diskussionen über die Folgen seines Konsums und zu Verboten geführt hat.

Begonnen hatte alles mit der Entdeckung der „neuen Welt“, wo schon Jahrhunderte zuvor Tabak angebaut und konsumiert wurde. Durch neu erschlossene Schiffswege gelang die Tabakpflanze nach Europa und wurde

50 Spiegel Online: Schutz vor Zigarettenqualm: EU fordert totales Rauchverbot in Deutschland (24.02.2007), <<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/schutz-vor-zigarettenqualm-eu-fordert-totales-rauchverbot-in-deutschland-a-468402.html>> [Stand: 27.09.2014].

51 Manager Magazin: Nichtraucherschutz – Wie es die einzelnen Bundesländer machen (05.07.2010), <<http://www.manager-magazin.de/politik/artikel/a-704766.html>> [Stand: 27.09.2014] und Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2012: Erstmals Mehrheit der Raucher für Rauchverbot (2012), <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWIP/AdWIP_Rauchfreie_Gaststaetten_2012.pdf> [Stand: 28.09.2014].

anfangs mit Misstrauen entgegengenommen. Schnell jedoch stieg der Tabak zum Allheilmittel auf, vor allem dank der zahlreichen Experimente von Nicot. Er sorgte dafür, dass die Tabakpflanze von der französischen Oberschicht ausgehend bald überall als Heilmittel gegen allerlei Leiden wie Zahn- und Kopfschmerzen, Magenprobleme, Wunden und sogar gegen die Pest verwendet wurde. Durch den daraufhin florierenden Handel mit Tabak weitete sich auch der Konsum dessen aus. Zunächst war die Pfeife bei allen Schichten sehr beliebt, die gehobene Gesellschaft entdeckte ab dem 18. Jahrhundert aber rasch das Tabakschnupfen für sich, das in komplizierten Schnupf-Zeremonien mit äußerst wertvollen Tabatieren gipfelte. Im 19. Jahrhundert gelangte von Mexiko über Spanien die Zigarette nach Europa und der Krimkrieg trug zu ihrer Verbreitung bei. Anfang des 20. Jahrhunderts wurden bereits Milliarden Zigaretten von Menschen aus allen sozialen Schichten konsumiert und in der Nachkriegszeit wurden amerikanische Zigaretten in Deutschland sogar als Währung benutzt. Dann jedoch begann die medizinische Wissenschaft vermehrt groß angelegte Studien durchzuführen und machte immer stärker auf die gesundheitlichen Folgen des Rauchens aufmerksam. Im Kontext mit dem globalen Umweltschutz-Diskurs der 70er Jahre geriet zudem das Passivrauchen stärker in den Fokus der Rauchgegner. Die Anti-Tabak-Aktivist*innen begannen sich zu formieren und bundesweit entstanden lokale Nichtraucherinitiativen. Bis zur Jahrtausendwende gab es zwar viele Forderungen nach strikten Rauchverböten, jedoch wurden zunächst nur wenige Maßnahmen gegen das Rauchen durchgesetzt. Mit dem Nichtraucherschutzgesetz von 2007 wurde schließlich nach einigen Diskussionen das Rauchen in allen öffentlichen Verkehrsmitteln verboten. Seit 2003 sind die Warnhinweise auf allen Zigarettenpackungen verpflichtend.

Der Weg zu einem Rauchverbot in Behörden begann schon in den 70ern, als die Aktion *Bitte bei mir nicht!*⁵² vom Bayerischen Ministerium des Innern gestartet wurde. Die Aktion sollte vor allem nichtrauchende Angestellte vor dauerhaftem Passivrauch durch rauchende Kollegen und Besucher schützen. Endgültig verboten wurde das Rauchen in Behörden jedoch erst im Jahr 2004. Ein Rauchverbot in Gaststätten wurde ebenfalls schon in den 70ern von den Rauchgegner*innen gefordert und ein paar wenige Gaststätten richteten damals schon separate Raucherräume ein, um nichtrauchende Gäste nicht dem Passivrauch auszusetzen. Ein bundesweit einheitliches Rauchverbot in

⁵² BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

Gaststätten gibt es jedoch bis heute nicht. Die einzelnen Bundesländer sind seit 2008 zwar dazu verpflichtet ein Rauchverbot in Gaststätten einzuführen, sie können dieses Verbot jedoch mit eigenen Ausnahmeregelungen umsetzen.

Interessant ist welche neuen Rituale sich durch die Rauchverbote gebildet haben. Mit der Beliebtheit der Zigarette bei Frauen als auch bei Männern entstanden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts schon kleine gesellschaftliche Rituale. Beispielsweise war es üblich dem Gegenüber ebenfalls eine Zigarette anzubieten, wenn man sich selber eine anzündete und es galt als unhöflich, wenn ein Mann einer Frau, die rauchen wollte, nicht Feuer gab. Heute eröffnen sich wenn Raucher gezwungen sind ein Lokal zu verlassen, um zu rauchen, Möglichkeiten zur Anbahnung neuer Kontakte.

Insgesamt haben Raucher heute aber um einiges weniger Freiheiten als noch vor 50 Jahren. Rauchfreie Zonen finden sich nahezu überall, an Bahnhöfen, in öffentlichen Einrichtungen und in den meisten Gaststätten. In vielen Bereichen scheinen die Gegner des Rauchens also erfolgreich gewesen zu sein. Stetig neu erscheinende Studien zum Tabakkonsum und dessen Folgen und aktuelle Horrorzahlen zu ‚Tabakopfern‘ führen dazu, dass Rauchen in der heutigen gesundheitsbewussten Gesellschaft zunehmend verpönt ist. Einst als Heilmittel und Zeichen für Wohlstand angesehen, führte das wachsende gesundheitliche Bewusstsein in Kombination mit vielen Verboten dazu, dass Rauchen heute als Laster gilt, das es mit allerlei Entwöhnungsprodukten zu bekämpfen gilt. Der Einfluss der Regierungen, der Pharmaindustrie und der medizinischen Wissenschaft auf diese Entwicklungen ist unbestreitbar.

Es bleibt abzuwarten inwiefern die Rauchverbote sich in Zukunft entwickeln werden. Seitens der Tabakgegner werden weitere Verbote und Einschränkungen gefordert, um eine möglichst rauchfreie Gesellschaft zu schaffen. Doch neue Konsumformen wie die von vielen als scheinbar ‚gesünder‘ erachtete E-Zigarette zeigen, dass sich der Tabakkonsum weiterhin im Wandel zu befinden scheint. Sollten sich solche Produkte durchsetzen, können in Zukunft erneute Diskussionen um Rauchverbote und gesundheitliche Gefährdungen entstehen.

Abbildungsverzeichnis



Abb. 1: Vorderseite des Aufstellers der Aktion „Bitte bei mir nicht!“.
In: BayHStA, MInn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

Anlage 1

Rauchen ? – „Bitte bei mir nicht!“

Auf Anregung der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs in Bayern führt das Bayer. Staatsministerium des Innern im Herbst 1975 die Anti-Rauch-Aktion „Bitte bei mir nicht!“ auf freiwilliger Basis durch. Bedienstete von Behörden, vor allem von solchen mit Publikumsverkehr, werden gebeten, diesen Aufsteller auf ihren Schreibtischen, am Schalter etc. aufzustellen.

Für die damit verbundene Umfrage beantworten Sie bitte ohne Namensnennung und nur zur statistischen Auswertung die nachstehenden Fragen. Sollten Sie nicht bereit sein, den Aufsteller zeitweilig aufzustellen, werfen Sie ihn bitte nicht in den Papierkorb, sondern füllen ihn soweit möglich aus und geben ihn gleich an Ihre Behörde zurück.

Die Behörden werden gebeten, die **ausgefüllten** Aufsteller ab Mitte Dezember einzusammeln und spätestens bis 10. Januar 1976 geschlossen zurückzusenden an:

Bayer. Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3

Angaben zur statistischen Auswertung

Falls nichts anderes vermerkt, bitte zutreffende, in Klammern angegebene Ziffer in die Kästchen eintragen oder ankreuzen!

1. Mein Alter (in Jahren) ☐ 2

2. Geschlecht: männl. (1), weibl. (2) ☐ 3

3. Ich bin im einfachen (1), mittleren (2), gehobenen (3), höheren (4) Dienst (oder entsprechend eingruppiert) ☐ 4

Rauchgewohnheiten

4. Ich bin Raucher (1), Nichtraucher (2), Gelegenheitsraucher (3) ☐ 5

5. Falls Nichtraucher:

noch nie geraucht (1), früher nur gelegentlich geraucht (2), zu rauchen angehört (3) ☐ 6

und zwar seit wieviel Jahren ☐ 8

falls kürzer: seit wieviel Monaten ☐ 10

6. Falls Raucher:

Zigaretten ohne Filter ☐ 12

sog. „leichte Zigaretten“ ☐ 14

„nikotinfreie“ Zigaretten ☐ 16

sonstige Filterzigaretten ☐ 18

Zigarren ☐ 20

Pfeife ☐ 22 (z. B. 5 Stück = 05)

7. Falls das Rauchen aufgehört, eingeschränkt oder umgestellt wurde:

Rauche nicht mehr (1), rauche weniger (2), übergegangen auf sog. „leichte Zigaretten“ (3), auf „nikotinfreie“ Zigaretten (4), auf sonstige Filterzigaretten (5), auf Zigarren (6), auf Pfeife (7) ☐ 23 (bis zu 3 Angaben möglich)

und zwar vorrangig wegen:

Gesundheitsvorsorge (1), Beschwerden oder Krankheit (2), Rat des Arztes (3), Information durch Massenmedien (4), Rat von Kollegen oder Angehörigen (5), Ersparnis (6), behördlicher Aktionen (7), sonst. Gründe (8) ☐ 24 (bis zu 3 Angaben möglich)

Ich fühle mich nun deswegen

wohler (1), unwohler (2), bin ausgeglichener (3), nervöser (4), esse mehr (5), mehr Süßigkeiten (6), treibe mehr Sport (7) ☐ 25 (bis zu 4 Angaben möglich)

Ich mache zum Ausgleich ☐ 33 (bitte angeben)

8. Wenn andere in meiner Gegenwart rauchen, beiläufig mich das

nicht (1), ein wenig (2), sehr (3) ☐ 35

Gesundheitliche Gefahren des Rauchens
(Mehrfachnennungen möglich)

9. Rauchen kann meiner Meinung nach zur Folge haben:

Verminderte Lebenserwartung ☐ 36

Verminderte Leistungsfähigkeit ☐ 37

Erbschäden ☐ 38

bei Frauen: Schädigung der Leibesfrucht ☐ 39

Frühgebot des Kindes ☐ 40

Tot- oder Fehlgeburt ☐ 41

10. Das Rauchen kann meiner Meinung nach folgende Krankheiten fördern:

Lungenkrebs ☐ 42

sonstige Krebsformen ☐ 43

Raucherhusten ☐ 44

Tuberkulose ☐ 45

Gefäßkrankheiten, Raucherbein ☐ 46

Gicht ☐ 47

Herzinfarkt ☐ 48

Bronchitis ☐ 49

Rheumatismus ☐ 50

Magen-Darmgeschwüre ☐ 51

Zur Aktion „Bitte bei mir nicht“

11. Ich hatte das Kärtchen aufgestellt (1), nicht aufgestellt (2) ☐ 52

12. Die Aktion erscheint

sinnvoll (1), gut gemeint, aber wirkungslos (2), sinnlos (3) ☐ 53

nach eigener Meinung ☐ 54

nach Meinung der meisten Kollegen ☐ 55

nach Meinung der meisten Besucher ☐ 56

13. Persönliche Bewertung der Aktion:

Es wurde weniger (1), gleich viel (2), mehr (3) geraucht ☐ 57

Der Umgang mit Besuchern wurde nicht beeinflusst (1), gelöst (2), schwieriger (3) ☐ 58

14. In meiner Dienststelle wurde die Aktion eher unterstützt (1), gleichgültig behandelt (2), abgelehnt (3) ☐ 59

15. Als Maßnahmen gegen das Rauchen hielt ich für sinnvoll (Mehrfachnennungen möglich)

Verbieten auf der Straße ☐ 60

Verbot in öffentlichen Räumen ☐ 61

stärkere Aufklärung ☐ 62

Erhöhung der Tabaksteuer ☐ 63

absolutes Verbot ☐ 64

Einrichtung von Rauchzimmern in Gaststätten, Arbeitsstätten, öffentl. Gebäuden etc. ☐ 65

Raucherbein ☐ 66

Ich bin gegen solche Maßnahmen ☐ 67

BayHStA
Mlnn 111032
vorl.Nr. M2099.003

Abb. 2: Rückseite des Aufstellers der Aktion „Bitte bei mir nicht!“ mit Fragebogen.
In: BayHStA, Mlnn 111032, Behördenaktion „Bitte bei mir nicht!“.

Marina Gaiser, Abschlussphase B.A., studiert seit 2011 an der Universität Augsburg Europäische Ethnologie/Volkskunde und Geschichte. Diese Arbeit entstand im Rahmen des Hauptseminars „Sauberes Bayern – Gesundes Bayern?“ im SS 2014 bei Frau Dr. Diana Egermann-Krebs.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Archivquellen:

Bayerisches Hauptstaatsarchiv München (BayHStA)

MInn 111026, Nichtrauchererschutz in Behörden durch Plakate, Tischaufsteller und eine Dokumentation über das Rauchen, (1979–1982).

MInn 111030, Dokumentation über Aktionen zum Nichtrauchererschutz, (1978–1987).

MInn 111032, Präventionsmaßnahmen zum Nichtrauchererschutz und zur Bekämpfung des Nikotinmissbrauchs, (1975–1975).

MInn 111035, Präventionsmaßnahmen zum Nichtrauchererschutz und zur Bekämpfung des Nikotinmissbrauchs, (1977–1978).

Literatur:

Bluhm, Detlef: Auf leichten Flügeln ins Land der Phantasie. Tabak und Kultur von Columbus bis Davidoff. Berlin 1997.

Briesen, Detlef: Das gesunde Leben - Ernährung und Gesundheit seit dem 18. Jahrhundert. Frankfurt 2010.

Corti, Egon Caesar Conte: Geschichte des Rauchens. „Die Trockene Trunkenheit“. Ursprung, Kampf und Triumph des Rauchens. Frankfurt am Main 1986.

Hess, Henner: Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren. Frankfurt am Main 1987.

Hengartner, Thomas: Tabakkonsum und Rauchen. Theoretische Überlegungen zu einer Volkskunde der Genussmittel. In: Hengartner, Thomas/Merki, Christoph Maria (Hg.): Tabakfragen. Rauchen aus kulturwissenschaftlicher Sicht. Zürich 1996, S. 113–137.

Tanner, Jakob: Rauchzeichen. Zur Geschichte von Tabak und Hanf. In: Hengartner: Tabakfragen, S. 15–42.

Wippersberg, Walter: Der Krieg gegen die Raucher. Zur Kulturgeschichte der Rauchverbote. Wien 2010.

Internet:

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Rauchfreie Gaststätten in Deutschland 2012: Erstmals Mehrheit der Raucher für Rauchverbot (2012), <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_Rauchfreie_Gaststaetten_2012.pdf> [Stand: 28.09.2014].

Glass, Henry: Kreuzzug gegen den Qualm, Spiegel 19/1981 (04.05.1981), <<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-14332339.html>>, als PDF: <<http://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/14332339>> [Stand: 28.09.2014].

Manager Magazin: Nichtrauchererschutz – Wie es die einzelnen Bundesländer machen (05.07.2010), <<http://www.manager-magazin.de/politik/artikel/a-704766.html>> [Stand: 27.09.2014].

Kloob, Kristian: Tabakkonzern Reemtsma – Krise, welche Krise? (01.11.2011), <<http://www.manager-magazin.de/unternehmen/handel/a-795251-3.html>> [Stand: 28.09.2014].

Krause, Ernst-Günther: Kurzinformativ über die Nichtraucher-Initiative Deutschland e.V. (03.11.2006), <http://www.nichtraucherschutz.de/vereins-informationen/allgemeines/kurzinformativ_ueber_die_nichtraucher-initiative_deutschland_e_v_%28nid%29.html> [Stand: 29.09.2014].

Spiegel Online: Gesetzesinitiative: Rauchverbot in deutschen Ämtern (24.09.2004), <<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/gesetzesinitiative-rauchverbot-in-deutschen-aemtern-a-319633.html>> [Stand: 25.09.2014].

Spiegel Online: Schutz vor Zigarettensqualm: EU fordert totales Rauchverbot in Deutschland (24.02.2007), <<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/schutz-vor-zigarettensqualm-eu-fordert-totales-rauchverbot-in-deutschland-a-468402.html>> [Stand: 27.09.2014].

Verhütungsmittel in der Nachkriegszeit: Die Rekonstruktion eines gesellschaftlichen Diskurses

von Paul Lonnemann

Verhütung im 20. Jahrhundert

Das Thema Verhütung beschäftigt die Menschen schon seit mehreren tausend Jahren. Bereits aus der Antike weiß man von Versuchen, die Kontrazeption zu verhindern und Lust zu empfinden, ohne dass daraus eine Last folgt.¹ Das 20. Jahrhundert scheint im Hinblick auf Verhütung bereits weitgehend erforscht. Dabei ist der eine wichtige Pol der Nationalsozialismus mit seiner rigiden Bevölkerungspolitik, die den ‚Geeigneten‘ die Reproduktion vorschrieb und den ‚Ungeeigneten‘ mit Zwangssterilisation und -abtreibung begegnete. Der andere Pol ist die sexuelle Revolution und die Einführung der Anti-Baby-Pille in den 1960er Jahren. Die dazwischenliegende Zeit, immerhin rund eineinhalb Jahrzehnte, ist in einschlägigen Darstellungen zur Geschichte der Verhütung nur sehr sporadisch bis gar nicht dargestellt.²

Diese Zeit wird im Folgenden spezifisch beleuchtet und der gesellschaftliche Diskurs zu Verhütungsmitteln rekonstruiert. Dies wird anhand von Akten zum Thema Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch aus der Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums nach 1945 geschehen, die bisher wissenschaftlich unberührt sind. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Akten nicht den wirklichen gesellschaftlichen Diskurs wiedergeben, sondern nur einen kleinen Teil, der in die höchste Landesinstanz, das Ministerium, gelangt ist. Es muss also, gerade was die Alltagsgeschichte angeht, neben der ‚offiziellen‘ Wahrheit der Beamten immer noch eine ‚Alltagswahrheit‘ angenommen werden.

Wichtiges Element der Diskussion war die ‚Polizeiverordnung über Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung von

¹ Jütte, Robert: Lust ohne Last. München 2003.

² Fehlt komplett bei Metz-Becker, Marita (Hg.): Wenn Liebe ohne Folgen bliebe... zur Kulturgeschichte der Verhütung. Marburg 2006. Nur sehr sporadisch bei Jütte, Lust ohne Last.

Schwangerschaften‘ vom 21.01.1941 (im Folgenden mit PolVO oder PolVO 41 abgekürzt). Diese von Heinrich Himmler unterzeichnete Polizeiverordnung stellte Herstellung, Vertrieb und Anpreisung von Verhütungsmitteln, die in die Scheide eingeführt werden, unter Strafe.³ Nach dem Krieg entbrannte über die Gültigkeit des Gesetzes eine Diskussion. Durch die Kontrollratsgesetze Nr. 1⁴ und Nr. 11⁵ der Militärregierung wurden NS-Recht und einzelne Bestimmungen des Strafrechts aufgehoben. Die PolVO fiel aber nicht explizit darunter.

Die Diskussion über Verhütung ist von der jeweils vorherrschenden Sexualmoral beeinflusst. Diese soll für die Nachkriegszeit im ersten Kapitel vorgestellt werden. Außerdem werden dort kurz die gängigen zeittypischen Verhütungsmittel beschrieben. Daraufhin wird der Diskurs anhand der Beteiligten untersucht, die durch die Akten rekonstruiert werden können. Dabei wird besonders folgenden Fragen nachgegangen: Welche Meinungen werden zu Verhütungsmitteln vertreten und wie werden diese argumentativ dargestellt? Welche Rolle spielt der gerade zu Ende gegangene Krieg? Das letzte Kapitel widmet sich schließlich der PolVO als zentrales und polarisierendes Element des Diskurses, da es als Gradmesser zur Beurteilung der Beteiligten von Nutzen ist.

Sexualität in der Nachkriegsgesellschaft

Der Krieg war für die deutschen Familien und die Rollenverteilung der Geschlechter ein einschneidendes Erlebnis gewesen. Während der Mann als Soldat an den verschiedenen Fronten kämpfte und nur in kurzen Urlauben zu Hause war, nahm die Frau auch die Rolle des Ernährers ein. Als der Krieg zu Ende war, gab es für die deutsche Ehe zwei Situationen: Im einen Fall war der Mann im Krieg gefallen (7 Millionen Frauen in

3 Im Folgenden werden diese Verhütungsmittel als ‚Frauerverhütungsmittel‘ bezeichnet, parallel zu ‚Männerverhütungsmitteln‘, die jedoch nur Kondome bezeichnen. Diese Bezeichnung ist eine vereinfachender Begriff des Verfassers, der in den Quellen nicht vorkommt.

4 Verfassungen.de: Kontrollratsgesetz Nr. 1 (zuletzt bearbeitet am 02.04.2004), <<http://www.verfassungen.de/de/de45-49/index.htm>> [Stand: 03.03.2015].

5 Verfassungen.de: Kontrollratsgesetz Nr. 11 (zuletzt bearbeitet am 02.04.2004), <<http://www.verfassungen.de/de/de45-49/kr-gesetz11.htm>> [Stand: 03.03.2015].

Deutschland haben ihren Mann durch den Krieg verloren)⁶ oder war weiterhin in Kriegsgefangenschaft (ebenfalls 7 Millionen)⁷. Im anderen Fall kam der Mann zurück, wobei sich jedoch bald genauso Schwierigkeiten herauskristallisierten. Oft waren sich die Ehepartner nach langer Trennung und gegensätzlichen Erfahrungen in den Kriegsjahren fremd geworden. Gerade junge Ehen, die in den Kriegsjahren hektisch geschlossen wurden, waren durch eine nur kurze gemeinsame Zeit vor der Trennung gefährdet.⁸

Die unmittelbare Nachkriegszeit (etwa bis 1949) war in Deutschland geprägt vom Gefühl der Auflösung der traditionellen Sexualordnung. Während Christian De Nuys-Henkelmann eher kritisch von „kriegsbedingter Verrohung der Verhaltensweisen und Umgangsformen“⁹ spricht, ist es für Dagmar Herzog eher eine „öffentliche Debatte über sexuelle Praktiken, Einstellungen und Sitten“,¹⁰ die „ein Schlüsselinstrument beim Übergang vom Faschismus zur westlichen Demokratie“¹¹ darstellt. Die chaotischen Verhältnisse nach Kriegsende mit Arbeitslosigkeit, Hunger, knappem Wohnraum und Entwurzelung waren ein Grund für die von Ärzten diagnostizierte hektische sexuelle Aktivität, den häufigen Wechsel der Geschlechtspartner, gerade auch zwischen deutschen ‚Fräuleins‘ und amerikanischen Soldaten.¹² Es gab viel mehr Frauen als Männer und möglicherweise wurde eine erneute Abhängigkeit der Frau vom depotenzierten und seines Männlichkeitsgefühls beraubten Mannes als nicht akzeptabel angesehen.¹³

Aus Sicht der Zeitgenossen waren diese florierenden, außer- und vorehelichen sexuellen Aktivitäten nicht Folge der wirtschaftlichen Not und militärischer Besetzung, wie es später die Wissenschaft angenommen hat, sondern sie

6 De Nuys-Henkelmann, Christian: „Wenn die rote Sonne abends im Meer versinkt...“. Die Sexualmoral der fünfziger Jahre. In: Anja Bagel-Bohlan/Michael Salewski, Sexualmoral und Zeitgeist im 19. und 20. Jahrhundert, Opladen 1990, S. 110.

7 De Nuys-Henkelmann: Sexualmoral, S. 110.

8 Herzog, Dagmar: Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts. Aus dem Amerikanischen von Ursel Schäfer und Anne Emmert. München 2005, S. 85.

9 De Nuys-Henkelmann: Sexualmoral der fünfziger Jahre, S. 109.

10 Herzog: Politisierung der Lust, S. 83.

11 Herzog: Politisierung der Lust, S. 83.

12 Herzog: Politisierung der Lust, S. 84, Siehe speziell zur Thematik: Höhn, Maria: GIs and Fräuleins. The German-American-Encounter in 1950s West Germany, Chapel Hill 2002.

13 Herzog: Politisierung der Lust, S. 86/87, Herzog bezieht sich hierbei auf einen zeitgenössischen Artikel: Brunner, August: Über den Sinn der Ehe. In: Stimmen der Zeit, Monatsschrift für das Geistesleben der Gegenwart 139 (1946/7).

sahen sie als die Folge der stetigen Liberalisierung der heterosexuellen Sitten in der ersten Jahrhunderthälfte.¹⁴ De Nuys-Henkelmann liegt nicht falsch, wenn er in seinem Artikel zur Sexualmoral der Fünfziger Jahre von „totale[n] Sexualregulierungsmaßnahmen im Dritten Reich“¹⁵ spricht, doch war der Nationalsozialismus nicht so prüde und spießig, wie ihn die Protagonisten der sexuellen Revolution in den sechziger Jahren gesehen haben. Viel eher betrieb er durchaus Ermunterung zu vor- und außerehelichen heterosexuellen Kontakten, auch und gerade zum Zweck der Lustbefriedigung.¹⁶ Natürlich galt dies aber nur für den ‚richtigen‘ Personenkreis.

Die relativ große Freizügigkeit der ersten Nachkriegsjahre mündete mit dem Beginn der Adenauer-Ära in Deutschland in eine „Eiszeit der Erotik“,¹⁷ die bis Mitte der sechziger Jahre andauern sollte. Unter Familienminister Franz-Josef Wuermeling¹⁸ (CDU), wurde die Familie zur wichtigsten Institution, zur Keimzelle des Staates. Alleinstehende Frauen waren unerwünscht und wurden gegenüber intakten Familien benachteiligt. Wuermeling, für den Familienpolitik vor allem Staatspolitik war,¹⁹ behielt die Himmlersche PolVO bei und widmete sich mit Hingabe dem Kampf gegen Unsittlichkeit, besonders in Kunst und Literatur. Dabei war ihm das Ideal der Liebe besonders wichtig. Herzog spricht hierbei von einem „Versuch, heterosexuelle Häuslichkeit durch stark normativ geprägtes Gerede über romantische Liebe wieder als Ideal zu etablieren“.²⁰ Die verheirateten Frauen sollten männliche Unzulänglichkeiten akzeptieren und zu heiterer Weiblichkeit zurückzukehren, um aus den deutschen Männern wieder ritterliche Vertreter ihres Geschlechts zu machen.²¹

Damit weist Herzog auf eine Auffälligkeit hin, die im Laufe dieser Arbeit noch weiter zur Sprache kommen soll: Jegliches Handeln der Nachkriegszeit

14 Herzog: Politisierung der Lust, S. 91.

15 De Nuys-Henkelmann: Sexualmoral der fünfziger Jahre, S. 109.

16 Herzog: Politisierung der Lust, S. 80. In der Fußnote verweist Herzog dabei auch auf Becker, Sophinette: Zur Funktion der Sexualität im Nationalsozialismus. In: Zeitschrift für Sexualforschung 14, Nr. 2 (Juli 2001).

17 De Nuys-Henkelmann: Sexualmoral der fünfziger Jahre, S. 109.

18 Franz-Joseph Wuermeling war von 1953–1962 Bundesfamilienminister. Einen eher tendenziösen Überblick über Wuermelings politisches Wirken gibt es bei Marx, Stephan: Franz-Josef Wuermeling (1900–1986) (zuletzt bearbeitet am 02.03.2011). In: Konrad Adenauer Stiftung, <<http://www.kas.de/wf/de/71.9969/>> [Stand: 02.03.2015].

19 De Nuys-Henkelmann: Sexualmoral der fünfziger Jahre, S. 114.

20 Herzog: Politisierung der Lust, S. 110.

21 Herzog: Politisierung der Lust, S. 110.

und auch der Adenauer-Ära war geprägt vom gerade erlebten Krieg, dem Nationalsozialismus und seinen Verbrechen und der Schmach der Niederlage. In den fünfziger Jahren wurde die „Betonung sexueller Reinheit ein wirkungsvolles Instrument, um mittels Verschiebung mit dem Erbe von Schuld und Scham umzugehen, dass der Nationalsozialismus [...] hinterlassen hatte“.²² Somit wurde das Gefühl der Schuldigkeit auf die Sexualität übertragen, entthob sie der persönlichen Dimension und verstärkte dadurch ihre gesellschaftliche und politische. Damit bekamen auch Verhütungsmittel eine derartige Dimension.

Wichtigstes Verhütungsmittel für die Nachkriegszeit, das sich aus den Akten ergibt, war natürlich das Kondom. Es wurde in Automaten zum Verkauf angeboten. Daneben existierte eine Vielzahl von Frauenverhütungsmitteln. Dabei gab es Intrauterinpressare (Spirale zur Einführung in die Gebärmutter) und Occlusivpressare (Schwämme oder Gummipfropfen zum Aufsatz auf den Gebärmuttereingang). Außerdem wurden unterschiedliche Zäpfchen, Pasten und Gels, die spermizide Wirkung haben, angeboten. Ebenfalls beliebt war die „Frauendusche“, die zur Vaginalspülung benutzt wird.²³ Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zuverlässigkeit der Verhütungsmittel und das allgemeine Wissen um die Anwendung nicht so hoch waren wie heute und damit die Gefahr trotz Verhütungsmittel schwanger zu werden höher lag.

Protagonisten des Diskurses über Verhütungsmittel in Bayern

Die Akten des bayerischen Innenministeriums geben nur einen Teil des tatsächlichen Diskurses wieder. Zeitungsartikel, die die öffentliche Meinung vertreten, sind wenig in den Akten zu finden. Privatpersonen ohne besondere Bindung zum Thema kommen gar nicht zu Wort. Der Wert der Akten liegt auf einem anderen Gebiet. Sie zeigen die verschiedenen Akteure, die sich für Verhütungsmittel in positiver wie negativer Weise interessieren.

²² Herzog: Politisierung der Lust, S. 119.

²³ Frauenduschen konnten mit einem kleineren Aufsatz sogar zur Abtreibung benutzt werden. Sie wurden dann in die Gebärmutter eingeführt und mit der Spülung ein Fruchtabgang verursacht. Diese Form der Abtreibung war jedoch sehr gefährlich, da Spülflüssigkeiten und Instrumente bakteriell kontaminiert sind und Frauenduschen immer auch etwas Luft enthalten. Diese dringt dann in die geöffneten Blutgefäße ein und führt über eine Luftembolie zum Tod. Siehe Madea, Burkhard (Hg.): Praxis Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung, Berlin u.a. 2007, S. 207.

Die Standpunkte lassen sich gut differenzieren und auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten untersuchen. Der Fokus der Untersuchung wird besonders auf ideologische Kontinuitäten und Schuldzuschreibungen gelegt.

Die Behörde

Nach einer unsteten Zeit bis 1947, in der sich verschiedene, teilweise vorläufige Innenminister abwechselten, kam Willi Ankermüller²⁴ im zweiten Kabinett Ehard auf den Posten des Ministers. 1950 wurde das Ministerium erneut sozialdemokratisch mit Wilhelm Hoegner.²⁵ Die Beamten der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums zeigen sich in den Akten eher konservativ, berücksichtigten gegenüber der Politik aber noch vermehrt gesundheitliche Aspekte. So vertrat Ministerialrat Prof. Dr. Gustav Seiffert,²⁶ Leiter der Gesundheitsabteilung, in einer Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses des bayerischen Landtags zur PolVO 41 die Meinung, dass empfängnisverhütende Mittel aus ärztlicher Sicht nicht abzulehnen seien, weil sie meist auch zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten dienten. Eine Anpreisung sei aber im Interesse der Sitte insbesondere der Jugend abzulehnen.²⁷ Das ist gegenüber den politischen Meinungen schon eine moderate Position. Abgeordnete Franziska Gröber (CSU) und Kultusminister Alois Hundhammer²⁸ lehnten Verhütungsmittel aus sittlichen Gründen gänzlich ab. Das Verbot sei fortzuführen, *um die Moral des Volkes zu heben und die Jugend vor großen Gefahren zu schützen.*²⁹

24 Willi Ankermüller (1901–1986) war von 1947–1950 bayerischer Innenminister. Haus der bayerischen Geschichte: Personen des bayerischen Parlaments, s.v. Ankermüller, <<http://www.hdbg.de/parlament/content/persDetail.php?id=4010>> [Stand: 26.02.2015].

25 Forstner, Thomas: Staatsministerium des Inneren (nach 1945), Historisches Lexikon Bayerns (zuletzt bearbeitet am 07.07.2014), <http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/artikel/artikel_46282> [Stand: 27.02.2015].

26 Prof. Dr. Gustav Seiffert (1884–1964), Medizinalrat I. Klasse im StMI, 1933 ausgeschieden, ab 1945 Ministerialrat im StMI und Leiter der Gesundheitsabteilung, Gelberg, Karl-Ulrich: Die Protokolle des Bayerischen Ministerrats 1945–1954. Das Kabinett Ehard II, 1950 (Bd. 3), S. 674/675.

27 BayHStA, MInn 106806, 23.11.48, Vormerkung über die Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses des bayerischen Landtags vom 18.11.48.

28 Alois Hundhammer (1900–1974) baute 1946–1950 als Kultusminister das bayerische Bildungswesen kirchlich orientiert wieder auf. Bosl, Karl (Hg.): Bosls bayerische Biographie, Regensburg 1983, S.916, s.v. Hundhammer, <<http://rzbllx2.uni-regensburg.de/blo/boslview/boslview.php?seite=>>> [Stand: 26.02.2015].

29 BayHStA, MInn 106806, 23.11.48, Vormerkung über die Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses des bayerischen Landtags vom 18.11.48.

Nach außen war der Umgang mit Privatpersonen oder Unternehmen nüchtern und knapp gehalten. Eine Bemerkung zur Antwort auf einen provokativen Brief eines Herstellers von Verhütungsmitteln zeigt die Devise der Beamten: Der Brief habe offenbar den Zweck, das Staatsministerium *in bestimmter Richtung festzulegen, was jedoch abzulehnen ist*.³⁰ Gerade im Streit über das Fortbestehen der PolVO zogen sich die Beamten gerne darauf zurück, dass sie auf den Inhalt von Gesetzen keinen Einfluss hätten, wenn diese aber bestünden, sie auch eingehalten werden müssten. Die inhaltliche Zustimmung zur PolVO ist jedoch meistens zu spüren.³¹

Kirche

Die beiden großen Konfessionen wurden in der Nachkriegszeit von den Besatzern in die Entnazifizierung eingespannt, weil diese fälschlicherweise davon ausgingen, die Kirchen seien stets Orte des Widerstands gewesen.³² Da aber durchaus auch das Gegenteil der Fall gewesen war, waren sie in der zwiespältigen moralischen Situation, mit eigenen Schuldgefühlen auf die Schuldgefühle der anderen einzugehen, was sie mit großer Strenge taten. Zu einem wichtigen Thema wurden die Aspekte Sexualität, Geschlechterrollen und Familie, die auch schon nach dem ersten Weltkrieg Gegenstand einer breiten Diskussion waren.³³ Dabei wurde die in der Gegenwart geschehene oder zumindest empfundene ‚Krise der Ehe‘ und die fehlende Moral im Volk mit den geschehenen Verbrechen und Grausamkeiten gleichgesetzt. Ein evangelischer Pfarrer sprach beispielsweise von der Sünde von gestern (den Verbrechen des NS-Regimes) und der Sünde von heute (Zuchtlosigkeit, mit der sich Frauen und Mädchen preisgeben). Es wurden gleichzeitig die Verbrechen banalisiert und die eigene Anpasstheit im Nationalsozialismus kaschiert.³⁴

In der Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums war die Kirche nicht besonders präsent. Dennoch lässt sich ein gewisser Einfluss der

30 BayHStA, MInn 106830, 18.07.49, StMI an Karl Halser (Fa. Hygiena).

31 Etwa in BayHStA, MInn 106806, 05.08.48, StMI an Bayerischen Landtag.

32 Herzog, Politisierung der Lust, S. 92.

33 Grossmann, Atina: Reforming Sex. The German Movement for Birth Control and Abortion Reform, 1920 – 1950. New York 1995, S. 191.

34 Herzog, Politisierung der Lust, S. 95.

Kirche nicht leugnen. Mehrfach beschwerten sich kirchliche Instanzen über unsittliche Werbung,³⁵ oder über aufgestellte Kondomautomaten.³⁶ Dabei wird die gute Verbindung zwischen Politik und (katholischer) Kirche deutlich, wenn 1948 Kultusminister Hundhammer an Innenminister Ankermüller in persönlichem Ton schrieb, dass seine Exzellenz Weihbischof Neuhäusler³⁷ ihn im persönlichen Gespräch auf Werbung für Verhütungsmittel aufmerksam gemacht habe, und ihn bitte, zu prüfen, was dagegen zu machen sei.³⁸ Dies wurde sofort an die Abt. III, die sich mit Verhütung auseinandersetzte, [i]m Auftrag des Herrn Staatsministers mit der Bitte um sofortige weitere Veranlassung weitergeleitet.³⁹ Eine weitere Beschwerde von einem evangelischen Pfarramt bezog sich auf die Verkaufsautomaten, die als *öffentliches Ärgernis gesehen wurden und durch ihre Gefährdung und Anreizung der Jugend zum Geschlechtsverkehr gegen die Prinzipien des Christentums verstößen*.⁴⁰ Dieses Beispiel verdeutlicht, dass nicht nur die katholische Kirche reaktionär auf die empfundene eigene Schuld reagierte, sondern auch die evangelische sich gegen den Nationalsozialismus in moralischen Fundamentalismus flüchteten.⁴¹ Allerdings war diese Beschwerde die einzige; von katholischer Seite wurden deutlich mehr eingereicht.

Wichtig ist aber neben den Aktivitäten der Kirche auch die Tatsache, dass sich die Beamten des Ministeriums auf die Kirche als moralische Instanz bezogen. In jeder Korrespondenz, die sich mit Verhütungsmitteln beschäftigte, wurde die Ablehnung der Kirche als wichtiges Argument benutzt. So wurde die weitere Gültigkeit der PolVO damit verteidigt, dass sie zwar aus bevölkerungspolitischen, nationalsozialistischen Gründen

35 BayHStA, Mlnn 106806, 06.07.48, Kultusminister Hundhammer an Innenminister Ankermüller; BayHStA, Mlnn 106830, 25.11.47, Bischöfliches General-Vikariat Eichstätt an StMI (Staatsministerium des Inneren).

36 BayHStA, Mlnn 106833, 01.06.50, Ev.-Luth. Pfarramt Georgensgmünd an StMI; BayHStA, Mlnn 106833, 30.08.50, Katholischer Fürsorge-Verein (Landesstelle Bayern) an StMI; BayHStA, Mlnn 106833, 12.03.51, Volkswartbund an StMI.

37 Johannes Neuhäusler (1888-1973): Im Dritten Reich Widerstandskämpfer und KZ-Häftling in Dachau, seit Februar 1948 Weihbischof im Erzbistum München und Freising. Bayerische Landeszentrale für politische Bildungsarbeit: Häftlingsbiographien in der PC-Station, Johannes Neuhäusler, <<http://www.gedenkstaettenpaedagogik-bayern.de/Bunker/neuhaeusler.htm>> [Stand: 25.02.15].

38 BayHStA, Mlnn 106806, 06.07.48, Kultusminister Hundhammer an Innenminister Ankermüller.

39 BayHStA, Mlnn 106806, 20.07.48, Innenminister Ankermüller an Abt. III.

40 BayHStA, Mlnn 106833, 01.06.50, Ev.-Luth. Pfarramt Georgensgmünd an StMI.

41 Zur Unterstützung seiner Beschwerde vergleicht auch er die Situation der Gegenwart mit der Vergangenheit. Man sinke unter das Dritte Reich, denn damals hätte es keine Anpreisungen gegeben. BayHStA, Mlnn 106833, 01.06.50, Ev.-Luth. Pfarramt Georgensgmünd an StMI.

erlassen wurde, dass diese Verhütungsmittel in der Gegenwart aber *aus religiösen und ethischen Gründen von christlicher Seite abgelehnt* [werden],⁴² und die PolVO damit nicht unter das Kontrollratsgesetz Nr. 11 fällt.

Es ist auffällig, dass hier die Kirche als moralische Instanz an die Stelle der NS-Ideologie trat. Dass die Kirche und auch die Beamten diese Gleichheit mit der unliebsamen Vergangenheit in Kauf genommen haben, zeigt die empfundene Wichtigkeit der Auseinandersetzung. Dass Bekämpfungsstrategien für Geschlechtskrankheiten sich nie nur auf medizinische Aspekte beschränkten, sondern „in starkem Maße moralische und gesellschaftspolitische Erwägungen mit ein[schloss]“, ⁴³ lässt sich auf die Ablehnung von Verhütungsmitteln ebenfalls anwenden. Verhüten musste nur, wer nicht sittlich war. Wer nicht sittlich war, galt als schädlich für die Volksgesundheit. Der Gedanke des Volkes und seiner Gesundheit wurde aus dem Dritten Reich mit in die fünfziger Jahre getragen.⁴⁴

Wirtschaft

Unter Wirtschaft versteht dieser Aspekt privatwirtschaftliche Unternehmer, die zum Lebensunterhalt Waren verkaufen. Die Unternehmer oder Unternehmen, die sich an die Gesundheitsabteilung wandten, waren Aufsteller von Warenautomaten, die *Gummischutzmittel*, wie sie in den Quellen genannt werden, beinhalteten. Einige baten die Behörde um die Erteilung einer Genehmigung und Unterstützung für das Aufstellen dieser. Die Gesundheitsabteilung lehnte solche Anfragen vorerst ab. Die erste, bereits 1945 gestellte Anfrage beantwortete die Behörde damit, dass die angefragte Tätigkeit in der von Ihnen beabsichtigten Weise nach zur Zeit geltenden Gesetzen unzulässig sei.⁴⁵ Welche Gesetze das waren, wurde nicht gesagt. Die späteren Anfragen, gerade die größere Offensive der verschiedenen Westav (Westdeutscher Automatenvertrieb)-Unternehmer

⁴² BayHStA, Mlnn 106830, 18.09.49, StMI an Rechtsanwalt Walter Kayserling als Vertreter der Fa. Patentex.

⁴³ Lindner, Ulrike: Unterschiedliche Traditionen und Konzepte. Frauen und Geschlechtskrankheiten als Problem der Gesundheitspolitik in Großbritannien und Deutschland. In: Lindner, Ulrike/Niehuss, Merith (Hg.): Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u.a. 2002, S. 215.

⁴⁴ Grossmann: Reforming Sex, S. 192.

⁴⁵ BayHStA, Mlnn 106830, 12.01.46, StMI an Johann Eggersdorfer.

Ende des Jahres 1949,⁴⁶ wurden in Hinblick auf § 184 StGB abgelehnt, der Unsittlichkeit in der Anpreisung verbietet. Dabei wurde nicht auf die Aussage der Automatenvertreiber eingegangen, dass die Automaten nur in überwachten öffentlichen Toiletten aufgestellt werden, also an für Jugendliche nicht zugänglichen Orten. Die Bemerkung dazu gibt Aufschluss: Es sei *sehr zweifelhaft*,⁴⁷ ob der Gummischutz unter die PolVO falle, trotzdem bestünden vom moralischen Standpunkt erhebliche Bedenken, denn die Gefahr sittlicher Schädigung Jugendlicher sei groß. Vor allem aber sei das Argument, dass die Automaten nicht zugänglich angebracht werden, nichtig, weil *erfahrungsgemäß die Überwachung locker ist*.⁴⁸

Die Beamten versuchten also, das Aufstellen der Automaten zu verhindern. Sie profitierten dabei von der Korrektheit der Unternehmer. Dietrich Stiel vom Automatenvertrieb Bad Wörishofen wusste um die Förderung der Automatenaufstellung durch die Militärregierung, wollte sich aber *korrekt verhalten und bat um Genehmigung der Aufstellung in und um Augsburg*⁴⁹ – offenbar ein Fehler, denn bei aufgestellten Automaten in Bayern, bei denen sich die Vertriebe nicht an das Ministerium wandten,⁵⁰ wurden nicht explizit verfolgt. Ob ein Vorgehen gegen die Aufstellung nach §184 StGB erfolgreich wäre, wurde auch im Ministerium angezweifelt.⁵¹

Als der Hauptgeschäftsführer der Westav sich mit einem staatsanwaltschaftlichen Gutachten⁵² über die Unbedenklichkeit seiner Automaten an das Ministerium wandte, musste dieses zurückrudern. Es würde die Aufstellung nicht verbieten, sondern lediglich keine Verantwortung für die Aufstellung übernehmen. Außerdem sei nirgendwo vorgeschrieben,

46 Unternehmer haben anscheinend quasi im Franchising-System ein bestimmtes Gebiet übernommen. Die Briefe der Firmen haben exakt gleiche Formulierungen, z.B.: BayHStA, MInn 106830, 01.06.49, Münchner Automaten-Betrieb an StMI; 30.07.49, Automatenbetrieb A. Heinze an StMI; 10.08.49, Nikolaus Schnur Verkaufsautomaten an StMI; 26.11.49, Westav-Inhaber Heinz Kästner an StMI.

47 BayHStA, MInn 106830, 10.08.49, StMI an Münchner Automaten-Betrieb (G. Karl Schulze).

48 BayHStA, MInn 106830, 14.10.49, StMI an Nikolaus Schnur.

49 BayHStA, MInn 106830, 05.10.49, Dietrich Stiel Automatenvertrieb (Bad Wörishofen) an StMI.

50 BayHStA, MInn MInn 106833, 01.06.50, Ev.-Luth. Pfarramt Georgensgmünd an StMI und die später folgende Diskussion bei der Deutschen Bundesbahn legen dies nahe.

51 Bemerkung zu BayHStA, MInn 106830, 14.10.49, StMI an Nikolaus Schnur.

52 Dass die Unternehmen sich rechtliche beraten lassen, ist nicht ungewöhnlich. Besonders in Bezug auf Frauenverhütungsmittel und die PolVO 1941 werden Juristen um Hilfe gebeten. Siehe S. 10 oben.

*dass hiezu [sic! - zur Aufstellung eines Automaten, Anm. d. Verf.] eine Zustimmung des Innenministeriums erforderlich ist.*⁵³ Dieses Zugeständnis veranlasste das Ministerium allerdings nicht, in der Zukunft Anträge anzunehmen. Es blieb viel mehr in einer abwartenden Position und verwies auf *gewerberechtliche Gründe, die bei Aufstellung von Kondomautomaten beachtet werden mussten.*⁵⁴

Die Aufsteller von Kondomautomaten waren vorrangig wirtschaftliche Institutionen, die die Vorteile der eigenen Ware anzupreisen wussten. Der in ihren Augen gesellschaftlich-moralische Vorteil, die Anonymität der Automaten und die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, stieß bei den Beamten jedoch auf taube Ohren.

Die Hersteller von Frauenverhütungsmitteln wandten sich an das Ministerium, um das neueste Verhütungsmittel vorzustellen.⁵⁵ Dabei wurde vor allem die Zuverlässigkeit und Sicherheit des Produkts betont. Teilweise wurden Empfehlungsschreiben von Ärzten beigelegt.⁵⁶ Damit wollten sie die Befürwortung und die Ausstellung einer Genehmigung erwirken. Diese wurden grundsätzlich vom Ministerium mit der Feststellung beantwortet, dass die PolVO 41 in Bayern noch seine Anwendung fände. Dies rief bei den Herstellern Entrüstung hervor. Die Firma Patentex⁵⁷ schaltete 1949 erstmals einen Rechtsanwalt ein, nachdem deren Produkt als unter die PolVO fallend angesehen wurde. Der Rechtsanwalt argumentierte, dass die PolVO Folge des Russlandfeldzuges der Wehrmacht und der Annahme sei, dass sich der Krieg noch länger hinziehen würde. Dieser Krieg sei jetzt vorbei und man müsse keine Soldaten mehr produzieren. Auch sei Heinrich Himmler nach heutiger Sicht gar nicht berechtigt gewesen, diese Verordnung zu erlassen, da sich dadurch Judikative und Exekutive (Himmler als Reichführer SS) überschneiden. Außerdem sei die PolVO ein NS-Gesetz und so durch das Kontrollratsgesetz Nr. 11 aufgehoben.⁵⁸ Die lakonische Antwort der Behörde war nur, dass die

⁵³ BayHStA, MInn 106833, 28.01.50, StMI an Fa. Westav.

⁵⁴ BayHStA, MInn 106833, 31.03.50, StMI an Fa. Hygea (Starnberg).

⁵⁵ Hersteller von Männerverhütungsmitteln kommen in den Akten überhaupt nicht vor.

⁵⁶ Z. B. der Direktor der Universitäts-Frauenklinik Dr. Runge. BayHStA, MInn 106830, 18.07.49, Hola (Herstellung und Vertrieb medizinischer Gummiwaren) an StMI.

⁵⁷ Die Firma Patentex verkauft noch heute Schaumzäpfchen, die zur Einfuhr in die Scheide bestimmt sind, <<http://www.patentex.com/de/index.php>> [Stand: 19.03.2015].

⁵⁸ BayHStA, MInn 106830, 30.05.49, Rechtsanwalt und Notar Walter Kayserling an StMI.

PolVO in Bayern noch in Kraft sei, eine Neuregelung jedoch in Vorbereitung.⁵⁹

Wichtiges Feld der Verhütungsmittelindustrie war außerdem die Werbung, die nach der PolVO ebenso verboten war, wie das Verkaufen und Herstellen, was manche Hersteller und Verkäufer aber offenbar nicht störte. In manchen Drogerien und Friseurgeschäften gab es Auslagen *für die Frau, wo Verhütungsmittel wie Patentex beworben wurden*.⁶⁰ Werbung wurde von Patentex auch verschickt. Nach explizitem Hinweis auf das Verbot durch das Ministerium warb Patentex sogar mit dem Verbot. So lieferte die Firma an Apotheken ein 20 x 30 cm großes gelb-schwarzes Werbeschild, wetter- und lichtfest aus Emaille, dass in Schaufenstern ausgestellt werden sollte, was der beschwerdeführende Apotheker jedoch nicht tat. Es trug die Aufschrift *Niederlage der Patentex Fabrik*.⁶¹

Weitere Anweisungen an Patentex durch das Ministerium hatten wenig Erfolg und keine Konsequenzen, sodass ein Apotheker im November des gleichen Jahres an die Landesapothekerkammer eine Beschwerde schrieb:

*Allmählich macht der Gesetzgeber sich lächerlich. [...] mancher Apotheker ist versucht, den schluß daraus zu ziehen, dass die Gesetze nur für die Dummen da sind. Der das Gesetz übertritt hat eben keine Strafe zu erwarten (Mißstände in unseren Reihen) [sic!]*⁶²

Das Ministerium hat also längere Zeit trotz Hinweisen nicht auf die Vollstreckung des Verbotes geachtet.⁶³ Die Realität ist in dieser Hinsicht über die PolVO hinweggegangen. Dies lässt sich noch als nachkriegszeitliche Freizügigkeit im Rahmen eines konservativen Beamtenstabs eines bayerischen Ministeriums interpretieren, doch der Schritt in das konservative folgende Jahrzehnt wurde bald gemacht. Am 18.04.1950 wurden die bayerischen Regierungen angewiesen, alles Gesetzesmögliche zu tun, gegen die Werbung in den Schaufenstern anzugehen. Die Geschäfte seien angehalten, diese nicht zu zeigen, ansonsten solle Strafanzeige gestellt

⁵⁹ BayHStA, MInn 106830, 10.06.49, StMI an Rechtsanwalt Kayserling.

⁶⁰ BayHStA, MInn 106830, 23.06.49, Innerbehördlich, Referat 352 an 370.

⁶¹ BayHStA, MInn 106830, 01.07.49, Bayerische Landesärztekammer an StMI. Die Ärztekammer beschwert sich über die Werbung und bittet um „gebührende Hinweisung“ der Patentex.

⁶² BayHStA, MInn 106830, 03.11.49, Apotheker Jos. Daig (Amberg/Opf.) an Landesapothekerkammer.

⁶³ Selbst Gerichte hatten schon die Rechtmäßigkeit der Werbung der Patentex-Gesellschaft bestätigt. BayHStA, MInn 106833, 23.03.50, StMI an Landtagsabgeordneten Martin Trettenbach (CSU).

werden.⁶⁴ Nicht ganz zu verachten scheint dabei der Einfluss der Politik zu sein. Kultusminister Hundhammer hatte nämlich nur wenige Wochen vorher an die Gesundheitsabteilung eine Beschwerde weitergeleitet. Er *messe dieser Sache besondere Bedeutung bei und es solle alles Mögliche geschehen um der aufdringlichen Propaganda für Verhütungsmittel entgegenzutreten*.⁶⁵

Die Verhütungsmittelwirtschaft musste sich aus Sicht des Ministeriums stets vorwerfen lassen, allein aus privatwirtschaftlichen Interessen zu handeln und moralische Bedenken zu ignorieren. Als Rechtsanwalt Kayserling versteckt drohte sich an die Militärregierung zu wenden, wenn das Ministerium sich weiter querstelle, bemerkte der zuständige Beamte im Akt, das sei *typisch deutsch und typischer Standpunkt der Industrie*.⁶⁶ Im Dritten Reich sei die Industrie zum Gau- oder Reichsleiter gegangen, jetzt sei es die Militärregierung, die nachhelfen müsse, wenn die Behörde nicht nach Wunsch zog.⁶⁷ Hier zeigt sich, was schon im kirchlichen Bereich sichtbar war. In Konflikten wurde der Gegner schnell im Lichte des Nationalsozialismus gesehen. Die der Wirtschaft zugeschriebene Gier und Unmoralität wurde sofort der in der Vergangenheit liegenden Ungerechtigkeit zugeschrieben.

Ärzte und Apotheker

Dagmar Herzog schreibt den Ärzten der Nachkriegszeit aufgrund der größtenteils während des Nationalsozialismus erhaltenen Ausbildung eine grundsätzliche Skepsis gegenüber Verhütungsmitteln zu. Auch in der PolVO und einer vielleicht unbewussten Misogynität sieht sie Gründe für ihre ablehnende Haltung.⁶⁸ Die Ärzte, wie sie in den Akten erscheinen, waren wissenschaftliche Experten, deren Meinung über Fragen der medizinischen Zulässigkeit von Verhütungsmitteln eingeholt wurde. Gerade in den Bestrebungen der Gesundheitsabteilung, einen Gesetzentwurf für eine Neuregelung der PolVO zu erstellen, wurde die Meinung der drei großen medizinischen Universitäten (München, Erlangen, Würzburg) in

64 BayHStA, MInn 106833, 18.04.50, StMI an die Regierungen.

65 BayHStA, MInn 106833, 24.03.50, Kultusminister Hundhammer an Gesundheitsabteilung, StMI.

66 BayHStA, MInn 106830, 18.09.49, Bemerkung zu StMI an Kayserling.

67 BayHStA, MInn 106830, 18.09.49, Bemerkung zu StMI an Kayserling.

68 Herzog: Politisierung der Lust, S. 151.

Bayern und der Landesärztekammer eingeholt.⁶⁹ Dabei vertraten die Ärzte der Universitäten grundsätzlich eine ähnliche Meinung, wie sie auch in der Pol-VO vorherrscht: Verhütungsmittel, die in die Scheide eingeführt werden, sind verboten und nur durch Verschreibung durch einen Arzt zu erhalten. Dabei sind gesundheitliche Gründe maßgebend. Allein Dr. Weiler von der Landesärztekammer vertrat die Meinung, dass Verhütungsmittel grundsätzlich freigegeben werden sollten, sofern sie nicht gesundheitsschädlich sind.⁷⁰ Außerdem schade ein Verbot der Moral mehr, als das es ihr zutrage, da es sonst zu Verbreitung anderer *perverser oder sonst gesundheitsschädlicher Abweichungen vom normalen Geschlechtsverkehr käme*.⁷¹ Andere Ärzte traten als empfehlende medizinische Instanz für Verhütungsmittel ein, diese stammten jedoch nicht aus Bayern.⁷²

Andererseits traten die Landesärztekammer und die Landesapothekerkammer an die Behörde heran, um nachzufragen, ob dieses oder jenes Verhütungsmittel zugelassen sei,⁷³ oder um Beschwerden aus den eigenen Reihen über Werbung weiterzuleiten.⁷⁴ Ärzte und Apotheker hatten zu Verhütungsmitteln eine auf gesundheitliche Gedanken fundamentierte Meinung. Dass Intrauterinpressare von der gesamten Ärzteschaft abgelehnt wurden, ist nicht zwingend reaktionär, sondern liegt an der meist *tödlichen oder sterilisierenden*⁷⁵ Wirkung des Mittels. Auch sonst sollte die gesundheitliche Meinung der Ärzte nicht unterschätzt werden. Die Zuverlässigkeit von Verhütungsmitteln unterlag in dieser Zeit noch keiner gesetzlichen Kontrolle, da diese sich in einer

69 BayHStA, MInn 106806, 16.03.49, Stellungnahme Prof. Dr. Max Meyer, Dekan der med. Fakultät der Universität Würzburg; 26.03.49, Stellungnahme Prof. Dr. Eymmer, med. Fakultät der Universität München; o. D., Stellungnahme der med. Fakultät der Universität Erlangen.

70 BayHStA, MInn 106806, 10.05.49, Dr. Weiler (Bay. Landesärztekammer) an StMI.

71 BayHStA, MInn 106806, 10.05.49, Dr. Weiler (Bay. Landesärztekammer) an StMI.

72 BayHStA, MInn 106830, 07.08.47, Anlage zu Fa. Holsa an StMI.

73 Z. B. BayHStA, MInn 106830, 06.07.47, Ärztliche Bezirksvereinigung Allgäu an bay. Landesärztekammer, weitergeleitet an StMI.

74 BayHStA, MInn 106830, 01.07.49, Bay. Landesärztekammer an StMI.

75 BayHStA, MInn 106806, 16.03.49, Stellungnahme Prof. Dr. Max Meyer, Dekan der med. Fakultät der Universität Würzburg; 26.03.49, Stellungnahme Prof. Dr. Eymmer, med. Fakultät der Universität München.

rechtlichen Grauzone befanden.⁷⁶

Vereine und Organisationen

Dass auch von Vereinen und Organisationen nach dem Ende des Krieges versucht wurde, die Lücke eines nicht mehr existenten Gesundheitssystems zu schließen und gerade für Frauen bessere Situationen zu schaffen, wird bei Atina Grossmann deutlich. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sie sich auf Berlin und die Unterschiede zwischen den Besatzungszonen West und Ost bezieht und den Fokus auf Vereinigungen zum Mutterschutz und zur Abtreibung legt.⁷⁷

In Bayern hatten die Befürworter von Verhütungsmitteln besonders mit der Ambivalenz von modernen und reaktionären bzw. demokratischen und nationalsozialistisch-völkischen Ideen zu kämpfen. So wandte sich Franz Gampe, Vorsitzender des Bundes für Volksgesundheit und Geburtenregelung, im Jahr 1947 an das Ministerium und empörte sich über das Fortbestehen der PolVO 41, während doch Geschlechtskrankheiten und die *Abtreibungsseuche die Volksgesundheit untergraben würden und selbst auf der Moskauer Konferenz die Alliierten das biologische Kriegspotential als den Frieden am meisten gefährdendes Element eingeschätzt hätten*.⁷⁸ Verhütungsmittel wurden hier also, genauso wie zur Erlassung der PolVO, aus bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten betrachtet. Ebenfalls bevölkerungspolitisch argumentierte Maria Halser vom Verein für Geburtenregelung aus Fürth, *dass wir jetzt die Einwohnerzahl an den Lebensraum anpassen müssen und nicht umgekehrt. Es würde schon wieder ein Geburtenkrieg geführt, nur nicht mehr von den Nazis, sondern von den katholischen Kreisen gegen die evangelischen bzw. nicht-katholischen Kreise. Dies sei pure Machtpolitik*.⁷⁹

⁷⁶ Wenn ein Verhütungsmittel versagt, ist der Leidtragende der Kunde. Erich Franz (Neuhaus/Pegnitz) richtete 1951 eine Beschwerde an die Firma Patentex, dass das Gel der Marke nicht verhütend gewirkt hatte und er als armer Mann jetzt noch ein Kind mehr zu ernähren hat. Patentex wies jegliche Verantwortung von sich, es könne sich nicht um Versagen des Präparates handeln, vielmehr seien Umstände entscheidend, *die mit Patentex als solchem nicht das geringste zu tun haben*. Daraufhin wandte er sich an das Bundesinnenministerium und bat diese, Patentex auf Kosten der Regierung zu verklagen, er selbst sei zu arm dazu. Das bay. Innenministerium antwortet ihm, dass Patentex kein Heil- und Arzneimittel sei und daher der Staat nicht verpflichtet sei, gegen Patentex vorzugehen. Der Autor bemerkte dazu nur lakonisch: *Das hat uns gerade noch gefehlt, dass der Staat für ein Versagen von empfängnisverhütenden Mitteln eintreten soll*. BayHStA Mlnn 106833, 19.02.51, Erich Franz (Neuhaus/Pegnitz) an Bundesinnenministerium, weitergeleitet an StMI; 07.05.51, StMI an Erich Franz.

⁷⁷ Grossmann: Reforming Sex, S. 191.

⁷⁸ BayHStA, Mlnn 106830, 05.05.47, Franz Gampe (Bund für Volksgesundheit und Geburtenregelung) in StMI.

⁷⁹ BayHStA, Mlnn 106830, 13.02.38, Maria Halser (Fa. Hygiene und Verein für Geburtenregelung, Fürth) an StMI.

Es offenbart sich hier neben dem (vermeintlich) fortschrittlichen Eintreten für Verhütungsmittel eine Geprägtheit von Nazi-Begriffen und -Vorstellungen, die sich schon im Namen des Bundes *Volksgesundheit* zeigt. Sie zeigen eine Angst vor *den dunklen Mächten, welche bereits den dritten Weltkrieg durch biologische Aufrüstung vorbereiten wollen*.⁸⁰ Es schwingen sogar Anklänge an den Sozialdarwinismus mit, wenn Maria Halser, eine sehr engagierte Frau in Wirtschaft und Vereinen, argumentierte, je weniger Menschen es wären, desto weniger erbitterte Kämpfe würde es um das Dasein geben. Auch sei Empfängnisverhütung nicht unnatürlich, weil man ja auch gegen sinnlos zerstörende Naturgewalten wie Überschwemmungen und Seuchen Vorkehrungen treffe. Auch das Gefühl, dass immer nur die ‚Falschen‘ viele Kinder haben, findet sich bei Halser.⁸¹ Ähnlich wie es Dagmar Herzog als den ‚Fortschrittlichen‘ der Nachkriegszeit konstatiert, zeigten auch die bayerischen Vereine eine Weiterführung der Ideologie.⁸²

Das Ehepaar Halser aus Fürth leitete gemeinsam in der Nachkriegszeit einerseits die Firma Hygiena, die Verhütungsmittel herstellte und verkaufte, und andererseits verschiedene Organisationen, die zur Aufklärung und *bevölkerungspolitischen Propaganda*⁸³ dienten. Dazu waren sie auch international vernetzt und arbeiteten mit dem Margaret Sanger Research Bureau New York⁸⁴ und dem Londoner Büro für Geburtenkontrolle⁸⁵ zusammen. Für sie waren Verhütungsmittel auch Mittel zur Emanzipation der Frau.⁸⁶ Das Ehepaar war der Gesundheitsabteilung ein Dorn im Auge, nicht nur wegen der inhaltlichen Differenzen, sondern auch, weil es sich *wiederholt und in*

80 BayHStA, Mlnn 106830, 13.02.38, Maria Halser (Fa. Hygiena und Verein für Geburtenregelung, Fürth) an StMI.

81 [...] es steht diesen Leuten (Vertretern der CSU und der katholischen Kirche, Anm. d. Verf.) frei, sich selbst so viele Kinder beizulegen, als sie sich wünschen. Aber leider predigen sie den Kinderreichtum immer nur den anderen. BayHStA, Mlnn 106830, 13.02.38, Maria Halser (Fa. Hygiena und Verein für Geburtenregelung, Fürth) an StMI.

82 Herzog: Politisierung der Lust, S. 104.

83 BayHStA, Mlnn 106830, 14.04.48, Karl Halser an StMI.

84 BayHStA, Mlnn 106830, 18.03.48, Staatliches Gesundheitsamt Fürth an die Regierung von Ober- und Mittelfranken. Margaret Sanger (1879–1966) war eine amerikanische Frauenrechtlerin und Aktivistin für Geburtenkontrolle. Sanger war Gründungsmitglied der deutschen Gesellschaft für Familienplanung *Pro Familia* 1952. Auch *Pro Familia* war von nationalsozialistischen Tendenzen nicht frei. Hans Harmsen (1899–1989), erster Vorsitzender von 1952–1968, betrieb in der NS-Zeit eugenische Forschung.

85 BayHStA, Mlnn 106833, 18.02.50, Reichsverband für Familienplanung (Halser) an StMI.

86 BayHStA, Mlnn 106830, 18.03.48, Anhang zu Staatliches Gesundheitsamt Fürth an Regierung von Ober- und Mittelfranken: Plakat vom Propagandabüro für Nachwuchslenkung (M. Halser). *Gleichberechtigung der Frauen = Befreiung aus der Naturunterjochtheit*.

nicht immer erfreulicher Weise⁸⁷ an die Gesundheitsabteilung gewandt hatte. Sie organisierten öffentliche Aufklärungsversammlungen, warben für Aufklärung bei oppositionellen Parteien wie FDP und SPD und schienen ein größeres Netzwerk gehabt zu haben, dass sich auch auf Presse⁸⁸ und SPD⁸⁹ erstreckte.

Auch auf der Gegenseite gab es Organisationen. Diese bezogen sich jedoch nicht explizit auf Verhütungsmittel. Lediglich der Katholische Fürsorge-Verein und der Volkswartbund⁹⁰ beschwerten sich über aufgestellte Kondomautomaten.⁹¹

Militärregierung

Das ‚Office of Military Government for Germany (U.S.)‘, kurz OMGUS, auf deutsch ‚Amt der Militärregierung für Deutschland‘ war die höchste Verwaltungseinrichtung der amerikanischen Besatzungszone in der Nachkriegszeit. Sie bestand von 1945–1949. Die Besorgnis über die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten unter den Soldaten war auf amerikanischer Seite hoch, jedoch nicht aus gesundheitlichen Gründen (mit Penicillin hatten die Amerikaner seit 1944 ein wirksames und schnelles Mittel dagegen), sondern eher als Indikatorfunktion für mangelhafte Disziplin und Moral.⁹² Die Militärregierung vertrat daher gegenüber Verhütungsmitteln zumindest teilweise eine aufgeschlossener Position. Zur VD (Venereal Diseases)-Bekämpfung sollte 1946 eine Übersicht über medizinische Ausrüstung erstellt werden, einschließlich von Prophylaxen [...] wie *Condoms (sic!) und prophylaktische(n) Ausrüstungen, die notwendig sind, um*

87 BayHStA, MInn 106833, 20.02.50, innerbehördlich, Landesbeirat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an Gesundheitsabteilung.

88 BayHStA, MInn 106830, 17.03.48, Junge Mannschaft Nürnberg an StMI, Anhang: Artikel „Himmlers Geist geht um“ aus den Nürnberger Nachrichten.

89 Halser hat den SPD-Antrag Nr. 1283 im bay. Landtag zur Aufhebung der PolVO angestoßen und will eventuell über die SPD oder die FDP den Verfassungsgerichtshof anrufen lassen. BayHStA MInn 106830, 24.06.49, Karl Halser an StMI.

90 Von den katholischen Bischöfen beauftragte bischöfliche Arbeitsstelle für Fragen der Volkssittlichkeit.

91 BayHStA, MInn 106833, 30.08.50, Katholischer Fürsorge-Verein (Landesstelle Bayern) an StMI; 12.03.51 Volkswartbund an StMI.

92 Ellerbrock, Dagmar: Die restaurativen Modernisierer. Frauen als gesundheitspolitische Zielgruppe der amerikanischen Besatzungsmacht zwischen 1945 und 1949. In: Lindner, Ulrike/Niehus, Merith (Hg.): Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u.a. 2002, S. 249.

das [...] *Programm einzuleiten* [...].⁹³ Einige Jahre später wurde das ‚Amt der Militärregierung für Bayern‘ genauer: Kondome und andere Schutzmittel seien zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unbedingt erforderlich, die Herstellung und die Verteilung an die Bevölkerung notwendig und zulässig, auch wenn diese gleichzeitig schwangerschaftsverhütend seien. Mit den moralischen, religiösen oder wirtschaftlichen Punkten, die für oder gegen die Herstellung von Prophylaktika sprächen, sei das Amt nicht befasst.⁹⁴

Die Gesundheitsabteilung ging auf diese Forderung nicht explizit ein und argumentierte mit Pragmatismus: Die Militärregierung sei der Meinung, das die PolVO nicht mehr gültig sei. Wenn jedoch kein Vakuum auf zahlreichen Rechtsgebieten entstehen solle, müssten gewisse Gesetze weitergelten.⁹⁵ Von Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten findet sich nichts. Die Gesundheitsabteilung des Innenministeriums hat sich von der amerikanischen Behörde, vielleicht auch schon wegen einem absehbaren Ende der Militärregierung im Dezember 1949 oder der knapp sechs Wochen vorher erfolgten deutschen Staatsgründung, keine Vorschriften machen lassen.

Während sich die Meinungen zu Verhütungsmitteln zwischen Amerikanern und Bayern unterschieden, ähnelte sich doch ihr Umgang mit Geschlechtskrankheiten als moralisches Problem. Gerade das US-Militär sah als Ursprung der Geschlechtskrankheiten, die ihre Soldaten möglicherweise befallen könnten, die Frau. So wirkten die Amerikaner in Deutschland, während auf andere Bereiche modernisierend, in der Gesundheitspolitik auf die Rolle der Frau restaurativ.⁹⁶

Die Himmlersche Polizeiverordnung als zentrales Element des Diskurses

Die Polieverordnung wurde 1941 vom damaligen Reichsleiter SS Heinrich Himmler erlassen. Nach 1945 wurde das Gesetz nicht eindeutig aufgehoben

⁹³ BayHStA, Mlnn 106806, 14.02.49, Ministerialrat Dr. Seiffert an Ministerbüro StMI. Darin: Befehl des Amtes der Militärregierung vom 15.7.46 zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, Abschnitt VI Ziff. 3.

⁹⁴ BayHStA, Mlnn 106806, 23.05.49, Amt der Militärregierung für Bayern an StMI.

⁹⁵ BayHStA, Mlnn 106806, 07.07.49, Stellungnahme Sachgebiet 1a.

⁹⁶ Ellerbrock: Frauen als Zielgruppe, S. 266.

und das Innenministerium vertrat die Meinung, dass die PolVO weiterhin gelte.⁹⁷ Durch Rechtsanwälte, Vereine und auch die Militärregierung stets in Frage gestellt, kam im Ministerium die Einschätzung auf, dass es um den Vorwürfen des Nazi-Gesetzes zu entgehen einer Neuregelung bedarf. Der ‚Sozialpolitische Ausschuss des Landtages‘ beschloss dann, gegen die von der SPD beantragte Aufhebung der Verordnung, die Neuregelung.⁹⁸ Die Gesundheitsabteilung arbeitete daraufhin verschiedene Gesetzesentwürfe mit gleichem Inhalt wie die PolVO aus, die sie von medizinischem Fachpersonal und anderen Ministerien begutachten ließ. Diese wurden grundsätzlich für gut befunden. Als jedoch 1949 die Bundesrepublik gegründet wurde, sah das Justizministerium keine Möglichkeit mehr, das Gesetz zu ändern, da diese Kompetenz nun an den Bund übertragen worden war. Entsprechend müsse man warten, bis dieser Vorgang abgeschlossen sei.⁹⁹

Auch beim Bundesministerium des Inneren gab es einen Entwurf zu einer Neuregelung, der schon 1951 im StMI vorlag,¹⁰⁰ jedoch nicht weiterverfolgt wurde.¹⁰¹ Außer Kraft trat die Verordnung erst 1961 und zwar nicht durch ein neues Gesetz, sondern durch die auf 20 Jahre begrenzte Geltungsdauer der Polizeiverordnung. Erst danach erhielten Verhütungsmittel durch das Bundesarzneimittelgesetz vom 01.08.61 den Status eines Arzneimittels. Es untersagte die Herstellung von Verhütungsmitteln nur noch bei gesundheitsschädigender Qualität.¹⁰²

Die PolVO war das wichtigste Gesetz, auf das die Politik und die Behörde ihre Argumentation gestützt hatten. Dass die Verordnung nicht geändert werden könne, weil keine Kompetenzen bestünden oder darüber eine andere Instanz zu entscheiden hätte, scheint nicht der Unmöglichkeit der Sache geschuldet zu sein. In anderen Ländern wie Hamburg oder

97 Erstmals vermutlich in BayHStA, MInn 106830, 12.01.46, StMI an Fa. Johann Eggersdorfer. [...] *nach zur Zeit geltenden Gesetzen unzulässig*. Spätestens: BayHStA, MInn 106830, 12.09.47, Stellungnahme Referat 310.

98 BayHStA, MInn 106806, 18.11.48, Bayerischer Landtagdienst, Blatt 7/8.

99 BayHStA, MInn 106806, 18.07.50, StMJ an StMI.

100 BayHStA, MInn 106806, 10.09.51, Beurteilung der Gesundheitsabteilung über Gesetzentwurf des BMI. Der Gesetzentwurf selber liegt im Akt nicht vor.

101 BayHStA, MInn 106811, 18.07.58, Innerbehördlich, Abt. III8 an Abt. I C.

102 BayHStA, MInn 106811, 12.01.65, StMI Abt. III9 an Bundesgesundheitsministerin Elisabeth Schwarzhaupt.

Baden-Württemberg wurde die Verordnung außer Kraft gesetzt,¹⁰³ in Schleswig-Holstein sogar bereits nach Gründung der Bundesrepublik.¹⁰⁴

Viel eher könnte der Grund dafür die Überkorrektheit der Beamten gewesen sein. Während man in anderen Ländern, gerade im Hinblick auf das Kriegsende, die Bürokratie nicht ganz so wichtig nahm, wurde in Bayern auf genaue Kompetenzen geachtet. Außerdem war der Impuls der Neuregelung nicht des Inhalts, sondern nur der Form wegen aufgekomen. Nachdem sich die Beschwerden aus Wirtschaft und Bevölkerung gelegt hatten, war es also weder für die Politik noch für das Ministerium ein Problem, die Verordnung bestehen zu lassen. Dass die Angelegenheit damit nicht gelöst war, belegen die hohen Abtreibungszahlen,¹⁰⁵ vielmehr wurde sie, wenn überhaupt, zu einem familiären Thema. Dennoch war es auch in den fünfziger Jahren teilweise möglich, in Drogerien und sogar Friseursalons Verhütungsmittel zu erwerben.¹⁰⁶

Von den Befürwortern von Verhütungsmitteln ist die PolVO als *reaktionäre mittelalterliche Verordnung*¹⁰⁷ und ein *Nazi-Erlass zur Sicherung des Nachwuchses als Kanonenfutter*¹⁰⁸ bezeichnet worden. Deren Fortbestand wurde zwar mehrfach juristisch angegriffen, sie wurde jedoch auch später noch als geltendes Gesetz zur Rechtsprechung benutzt.¹⁰⁹ In den Jahren 1949–51 galt die Verordnung vielmehr als Bezugspunkt der behördlichen Diskussion, als ein im juristischen Alltag benutztes Gesetz.

¹⁰³ Auch wegen *heute geltenden Anschauungen über persönliche Freiheit*. BayHStA, MInn 106806, 13.10.47, StMI (Baden-Württemberg) an StMI (Bayern).

¹⁰⁴ BayHStA, MInn 106806, Anhang zu 18.07.50, Innenminister Schleswig-Holstein an Innenminister NRW, nachrichtlich an die Minister und Senatoren der Länder. Gesetzliche Neuregelung der PolVO 1941 vom 01.09.52.

¹⁰⁵ Zu Beginn der sechziger Jahre wurden in der allgemeinen wie der Fach-Presse Zahlen von 750.000 bis zu einer Million Abtreibungen genannt. Herzog: Politisierung der Lust, S. 157. Zum Vergleich: Im Jahr 2013 waren es knapp 100.000 Abtreibungen. Spiegel Online: Zahl der Abtreibung weiter gesunken, <<http://www.spiegel.de/gesundheit/sex/statistik-zahl-der-abtreibungen-in-deutschland-weiter-gesunken-a-958384.html>> [Stand: 10.03.2015].

¹⁰⁶ BayHStA, MInn 106811, 18.07.58, Innerbehördlich, Abt. III/8 an I C. Es sei bisher die Auffassung vertreten worden, dass die PolVO noch anzuwenden sei, die tatsächliche Entwicklung sei jedoch über die Vorschrift hinweggegangen.

¹⁰⁷ BayHStA, MInn 106830, 05.05.47, Franz Gampe (Bund für Volksgesundheit und Geburtenregelung) an StMI.

¹⁰⁸ BayHStA, MInn 106830, 13.02.48, Maria Halser (Fa. Hygiene) an StMI.

¹⁰⁹ BayHStA, MInn 106833, 04.11.55, Abschrift des Urteils des 1. Strafsenats des Oberlandesgerichts Frankfurt/Main vom 15.06.55.

Fazit: Verlagerung der Kriegsschuld in die Sexualität

Verhütungsmittel waren in der Nachkriegszeit nur ein Randbereich der großen Debatte über Sexualität, Geschlechtskrankheiten und Moral. Der Kampf gegen Geschlechtskrankheiten war eher ein ethischer als ein medizinischer, und pragmatische Lösungen wie Verhütung wurden von manchen von vornherein ausgeschlossen. Grundsätzlich lässt sich eine Frontlinie zwischen Befürwortern und Gegnern von Verhütungsmitteln erkennen; also zwischen Herstellern und ideologischen Verfechtern sowie Gegnern, insbesondere der Kirche und von dieser beeinflusst auch die Politik und die Behörde. Außen vor steht die Befürworterin Militärregierung, deren Einfluss nicht (mehr) besonders groß scheint. Nicht klar zuzuordnen sind Ärzte und Apotheker, die sich in beiden Lagern finden.

Einen sehr großen Einfluss auf den Diskurs hatte der verlorene Krieg, die dort geschehenen Verbrechen und die zu Grunde liegende Ideologie. Dem Einfluss der zwölfjährigen Nazi-Herrschaft in Deutschland konnte sich keine der beteiligten Gruppen erwehren. Die Rede war von *Volksgesundheit*, es wurde eugenisch argumentiert und das reduzierte deutsche Territorium wurde als beengend empfunden. Besonders aber wurde das Dritte Reich zum Gradmesser für alle negativen Gesichtspunkte der Nachkriegszeit die doch besser sein sollte als der Krieg und die vormalige Schreckensherrschaft. Auf fortschrittlich-ideologischer¹¹⁰, auf theologischer¹¹¹ Seite oder in der Behörde¹¹² wurde das Handeln des Anderen im Lichte des Nationalsozialismus gesehen. Diese sehr radikale Betrachtung, die vielleicht aus dem eigenen schlechten Gewissen entsprang, könnte ein Grund für die Restauration der Familienideale in den fünfziger Jahren gewesen sein.

Der Diskurs zu den Verhütungsmitteln fand in Bayern, basierend auf den Informationen aus den Akten vor allem in den Jahren 1949/50 statt. Während

110 BayHStA, MInn 106830, 13.02.48, Maria Halser (Fa. Hygiene) an StMI. *Ein solcher Geistesterror herrsche ja nicht mal im Dritten Reich.*

111 BayHStA, MInn 106833, 01.06.50, Ev.-Luth. Pfarramt Georgensgmünd an StMI. Mit der Anpreisung von Verhütungsmitteln sinke man unter das Dritte Reich.

112 BayHStA, MInn 106830, 18.09.49, Bemerkung zu StMI an Rechtsanwalt Kayserling. Die Industrie sei, *wenn die Behörde nicht nach Wunsch ziehe*, im Dritten Reich über den Gauleiter an ihr Ziel gekommen, jetzt wende es sich an die Militärregierung.

der Konstituierung der Bundesrepublik, also einer wegweisenden Zeit. Hier entschied sich die Gesellschaft für konservative Werte und Lebensformen. Diese Ausrichtung ließ sich anhand der Diskussion über Verhütungsmittel nachvollziehen.

Frauen besaßen in dieser Diskussion untergeordnete Position. Das ergab sich alleine schon durch die PolVO, die Frauenverhütungsmittel verbot, während Männerverhütungsmittel nicht verboten wurden. Konkrete Aussagen über die Rolle der Frau wurden in der Gesundheitsabteilung nicht getroffen. Die Sorge um die Sitte der Gesellschaft impliziert aber den auf der Seite der Frau vermuteten zu häufigen Wechsel von Geschlechtspartnern. Die Frau sollte als Hausfrau und Mutter dem Mann zu Seite stehen, ein Eingriff in die Natürlichkeit des Kinderkriegens war nicht vorgesehen. Frauenrechtsbewegungen meldeten sich zu diesen Entwicklungen nicht zu Wort, allein Maria Halser aus Fürth zeigte Tendenzen in diese Richtung.

Diese Arbeit hat den gesellschaftlichen Diskurs über Verhütungsmittel an der Schwelle der Nachkriegszeit zur Bundesrepublik in Bayern über Ministerialakten nachvollzogen. Dabei ist die gesellschaftliche Realität durch die Beschaffenheit der Akten nur in wenigen Punkten gestreift worden. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass sich an Verhütungsmitteln eine Diskussion manifestierte, die in sehr enger Weise mit dem ‚nationalen Erbe‘ des Nationalsozialismus und der politisierten Sexualität der Nachkriegszeit zusammenhängt.

Paul Lonnemann, B.A. Geschichte (6. Semester)/Kunst- und Kulturgeschichte (2. Semester). Diese Arbeit entstand im Rahmen des Hauptseminars „Von Pocken & Pest bis zur Hackfleischverordnung - Aspekte gesundheitlicher Volksbelehrung“ im WS 2014/15 bei Frau Dr. Diana Egermann-Krebs.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Archivquellen:

Bayerisches Hauptstaatsarchiv München (BayHStA)

MlIn 106830, Vertrieb von Kondomen und anderen Mitteln (1945–1949).

MlIn 106833, Vertrieb von Kondomen und anderen Mitteln (1950–1963).

MlIn 106806, Schwangerschaftsunterbrechung, Abtreibung, Früh- und Fehlgeburten – Allgemein (1941–1954).

MlIn 106811, Schwangerschaftsunterbrechung, Abtreibung, Früh- und Fehlgeburten – Allgemein (1957–1971).

Literatur:

Bayerische Landeszentrale für politische Bildungsarbeit: Häftlingsbiographien in der PC-Station, <<http://www.gedenkstaettenpaedagogik-bayern.de>> [Stand: 05.03.2015].

Bosl, Karl (Hg.): Bosls Bayerische Biographie. Regensburg 1983, <<http://rzblx2.uni-regensburg.de/blo/boslview/boslview.php>> [Stand: 05.03.2015].

De Nüys-Henkemann, Christian: „Wenn die rote Sonne abends im Meer versinkt...“. Die Sexualmoral der fünfziger Jahre. In: Bagel-Bohlan, Anja/Salewski, Michael: Sexualmoral und Zeitgeist im 19. und 20. Jahrhundert, Opladen 1990. S. 107–145.

Ellerbrock, Dagmar: Die restaurativen Modernisierer. Frauen als gesundheitspolitische Zielgruppe der amerikanischen Besatzungsmacht zwischen 1945 und 1949. In: Lindner, Ulrike/Niehuss, Merith (Hg.): Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u.a. 2002.

Gelberg, Karl-Ulrich: Die Protokolle des Bayerischen Ministerrats 1945–1954. Das Kabinett Ehard II, München 2010 (Bd. 3).

Grossmann, Atina: Reforming Sex. The German Movement for Birth Control and Abortion Reform 1920–1950. New York 1995.

Haus der Bayerischen Geschichte: Personen des Bayerischen Parlaments, <<http://www.hdbg.de/parlament/content/persAlpha.html>> [Stand: 05.03.2015].

Herzog, Dagmar: Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts. Aus dem Amerikanischen von Ursel Schäfer und Anne Emmert. München 2005.

Forstner, Thomas: Staatsministerium des Inneren (nach 1945), Historisches Lexikon Bayerns (zuletzt bearbeitet am 07.07.2014), <<http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/base/start>> [Stand: 05.03.2015].

Jütte, Robert: Lust ohne Last. München 2003.

Lindner, Ulrike: Unterschiedliche Traditionen und Konzepte. Frauen und Geschlechtskrankheiten als Problem der Gesundheitspolitik in Großbritannien und Deutschland. In: Lindner, Ulrike/Niehuss, Merith (Hg.): Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u.a. 2002.

Madea, Burkhard (Hg.): Praxis Rechtsmedizin: Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Berlin u.a. 2007.

Marx, Stephan: Franz-Josef Wuermeling (1900 – 1986) (zuletzt bearbeitet am 02.03.2011). In: Konrad Adenauer Stiftung, <<http://www.kas.de/wf/de/71.9969/>> [Stand: 02.03.2015].

Verfassungen.de: <<http://www.verfassungen.de>> [Stand: 05.03.2015].

Die deutsche Altenpflege und das Konzept der ‚Transkulturellen Kompetenz‘

von Katja Boser

Als die amerikanische Anthropologin und gelernte Krankenschwester Madeleine Leininger in den 1970er-Jahren ihr Modell der ‚transkulturellen Pflege‘ veröffentlichte, legte sie den Grundstein für den Umgang der Transkulturalität innerhalb der Pflege. Wird im Folgenden von der Theorie Leiningers gesprochen, so wird die hervorgehobene Schreibung ‚transkulturelle Pflege‘ verwendet. Ansonsten wird mit transkultureller Pflege Bezug auf die Pflegearbeit mit MigrantInnen in der Altenpflege genommen.

Um die Jahrhundertwende vollzog sich in der Pflege ein Paradigmenwechsel, der die Fokussierung auf „kulturorientierte“ Theorien¹ ablöste. Theorien, wie die der ‚transkulturellen Pflege‘ gelten als nicht mehr zeitgemäß und zur Anwendung kommen neue transkulturelle Konzepte, wie das der transkulturellen Kompetenz. Das Konzept von Pflegefachfrau und Ethnologin Dagmar Domenig, die in der transkulturellen Kompetenz „die Interaktion zwischen Pflegenden und MigrantInnen“² herausstellt, ist weniger auf die einzelnen Kulturen fokussiert, sondern verfolgt das Ziel „individuelle[r] Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen.“³ In der vorliegenden Arbeit soll überprüft werden, in wieweit Domenigs Konzept beim pflegenden Umgang mit alternden MigrantInnen von Nutzen sein kann. Zur Überprüfung wurde das Modellprojekt *ina – Interkulturelles Netz Altenhilfe* herangezogen, indem in Augsburg lebende pflegebedürftige Demenzkranke und deren Angehörige betreut und im Umgang mit ihrer Krankheit unterstützt werden.⁴

Zudem bedarf es bei diesem Thema einer grundlegenden Problematisierung des Kulturbegriffs, um eine Verständnisbasis zu schaffen, die deutlich machen

1 Domenig, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage, Huber, Bern, 2007, S. 167.

2 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 174.

3 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 174.

4 <http://www.ina-sic.de/das_projekt_ina_stellt_sich_vor.htm> [Stand: 28.08.2014].

soll, unter welcher Auffassung ‚Kultur‘ im Kontext der transkulturellen Pflege verstanden wird. Aufgrund einer zunehmenden Anzahl alternder Personen innerhalb der Bundesrepublik und der damit verbundenen steigenden Anzahl alternder MigrantInnen der ersten Generation, sieht sich das deutsche Gesundheitssystem mit einer Entwicklung konfrontiert, die nicht länger ignoriert werden kann. Dabei gilt es zu beachten, dass unter die Bezeichnung ‚pflegebedürftige MigrantInnen‘ eine vielfältige Anzahl an Personen fallen. Dazu gehören neben ArbeitsmigrantInnen auch alternde und pflegebedürftige Flüchtlinge und SpätaussiedlerInnen. In Bezug auf das Augsburger Projekt *ina*, dessen Angebot sich an pflegebedürftige SeniorInnen türkischer Herkunft richtet, wird im Folgenden diese Personengruppe in Bezug auf transkulturelle Pflege betrachtet. Eine unveränderte Auffassung von Pflege ist in Anbetracht der multikulturellen⁵ Bevölkerung in Deutschland nicht mehr möglich. Wenn die Pflegenden ihre Arbeit ausschließlich nach einer ethnozentrisch geprägten Auffassung von Gesundheit, Krankheit und Fürsorge ausführen, werden zunehmend pflegebedürftige Personen ausgegrenzt. Konzepte der transkulturellen Kompetenz, wie das von Dagmar Domenig, sind Lösungsansätze, um im Gesundheitssystem eine Chancengleichheit für alle Menschen zu erreichen. Inwieweit diese Entwicklung durch *ina* in Augsburg bereits angekommen ist und umgesetzt wird, soll diese Arbeit klären.

Problematisierung des Kulturbegriffs

Bevor die Beschäftigung mit dem Konzept der transkulturellen Kompetenz folgt, wird zunächst eine Auseinandersetzung mit dem Begriff ‚Kultur‘ benötigt. Durch die im täglichen Gebrauch inflationäre Verwendung des Begriffs ‚Kultur‘ in Komposita und für verschiedenste Bereiche des Alltags, besteht die Gefahr der Sinnentleerung des Begriffs.⁶ Zudem besteht die Möglichkeit, den Kulturbegriff im ideologischen Sinne zu missbrauchen, indem kulturelle Unterschiede als Lösung aller Probleme pauschalisiert

⁵ Multikulturalität steht für die Existenz von Gruppen relativer kultureller Homogenität innerhalb einer Gesellschaft; demnach kulturell heterogen geprägte Gesellschaften. Aus: Barmeyer, Christoph: Taschenlexikon Interkulturalität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2012, S. 125.

⁶ Lenthe, Ulrike: Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren. 1. Auflage, facultas.wuv, Wien, 2011, S. 19.

werden.⁷ Im Hinblick auf ein Verstärken von Grenzen und der damit einhergehenden Abtrennung vom konstruierten ‚Anderen‘, erscheint die Argumentation auf den Kulturbegriff zu verzichten, da ihm eine besondere Problematik anhaftet, als nachvollziehbar. ‚Kultur‘ galt lange Zeit als Wertungsbegriff, der vorerst nur für Europäer verwendet wurde, um sie von denen als ‚primitiv‘ angesehen Völkern abzugrenzen und ihre Überlegenheit ihnen gegenüber zu kennzeichnen.⁸ Die wertende Absicht, die im Begriff ‚Kultur‘ steckt, wird gerade dann deutlich, wenn MigrantInnen aufgrund ihrer ‚Kultur‘ zum Problem degradiert werden, weil ihnen unterstellt wird, dass sie sich beispielsweise nicht integrieren. Gegen einen vollständigen Verzicht auf die Begrifflichkeit spricht jedoch, dass Begriffe die Möglichkeit geben, etwas Abstraktes zu fassen. Generell gilt bei der Verwendung des Kulturbegriffs zu beachten: „Begriffe geben Orientierung, die benötigt wird, um sich in komplexen – interkulturellen – Welten zurechtzufinden.“⁹ Dies schließt eine Problematik hinsichtlich der Definition nicht aus. Doch wie sieht eine Annäherung an so ein komplexes Gebilde wie das des Kulturbegriffs aus? Der Herder'sche Kulturbegriff, nach Philosoph Johann Gottfried Herder, sieht in ‚Kultur‘ das für jede Gruppierung Typische, mithilfe dessen Gesellschaften voneinander unterschieden werden können. Nach Herders relativistischer Vorstellung von ‚Kultur‘ ist jeder Mensch ein Kulturwesen.¹⁰ Die statische Größe, die dem Kulturbegriff bei Herder zugesprochen wird, zeigt sich ebenfalls beim britischen Anthropologen Edward Burnett Tylor. Dieser klassifizierte ‚Kultur‘ als Gegenstand, den sich der Mensch in seiner jeweiligen Gesellschaft im Laufe seines Lebens aneignet und der die Gesetze menschlichen Denkens und Handelns ermöglicht.¹¹ Diese Auffassung von einem statischen Kulturbegriff ist heutzutage überholt. Die Klassifizierung von Menschen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen führt zu einer Abgrenzung im Sinne von ‚eigen‘ und ‚fremd‘. Der essentialistische

7 Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. 1. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, 2001, S. 36.

8 Claessens, Dieter: Kapitalismus als Kultur. Entstehung und Grundlagen der bürgerlichen Gesellschaft. 1. Auflage, Diederichs, 1973, Düsseldorf, S. 23.

9 Barmeyer: Taschenlexikon Interkulturalität. S. 5.

10 Lenthe: Transkulturelle Pflege. S. 22.

11 Harris, Marvin: Kulturanthropologie. Ein Lehrbuch. Campus-Verl., Frankfurt, 1989, S. 20.

Kulturbegriff entspricht nicht mehr der Realität. Vielmehr richtet sich eine moderne Auffassung gegen ein Konstrukt von Kulturgruppen und plädiert dazu „soziokulturell hybride[n] Identität“¹² in den Fokus zu nehmen. Denn die Erklärung kultureller Phänomene ist individuell und kann nicht pauschal auf einzelne Personengruppen übertragen werden. Vielmehr geht es darum, im Umgang mit MigrantInnen auf kulturspezifische Handlungen zu verzichten, weil dies nicht konfliktfrei möglich ist, sondern zu Stereotypisierung führt.¹³ Mit der Verwendung dieser Denkweise wird Gefahr gelaufen, den Bemühungen der Vermeidung von Aus- und Abgrenzung entgegenzuwirken.¹⁴ Eine einheitliche Definition von ‚Kultur‘ ist jedoch nicht problemlos möglich, da dadurch klare Trennlinien gezogen werden müssten und ein strikter Bereich dessen eingegrenzt wird, worunter man aus einer subjektiven Sicht den Terminus ‚Kultur‘ versteht. Die Ethnologin Bettina Beer gibt in einer Auflistung verschiedenste Merkmale von ‚Kultur‘, die am häufigsten in gängigen Definitionen verwendet werden und bildet damit „ein[en] kleinste[r] n gemeinsame[r]n Nenner“¹⁵ zur Begriffsthematisierung von ‚Kultur‘: Die historische Entstehung des Begriffs, die den dauerhaften Wandel, dem sie unterliegt, impliziert, widerspricht dem Verständnis von etwas Statischem.¹⁶ Des Weiteren ist ‚Kultur‘ kein Produkt eines Einzelnen, sondern bezieht sich aufs Kollektiv und kann vom Individuum angenommen werden, wie auch das kulturelle Verhalten vom Menschen erlernt werden muss und keine angeborene Verhaltensweise widerspiegelt. ‚Kulturen‘ gelten als Ganzes, deren Existenz von Subkulturen und vereinzelt Abweichungen, gegen die Eigenschaft der Homogenität spricht. In Bezugnahme auf die Notwendigkeit von Begriffen, so handelt es sich bei ‚Kultur‘ um eine begriffliche Abstraktion, womit einhergeht, dass kein absoluter Wahrheitsanspruch geltend gemacht werden kann.¹⁷ Mit der Verwendung des Kulturbegriffs als wissenschaftlicher

12 Domenig, Dagmar: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2001, S. 29.

13 Domenig, Dagmar: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. S. 28.

14 Beer, Bettina: Ethnos, Ethnie, Kultur. In: Beer, Bettina/Fischer, Hans (Hg.): Ethnologie. Einführung und Überblick. 6. Auflage, Reimer, Berlin, 2006, S. 60 f.

15 Beer: Ethnos, Ethnie, Kultur. S. 66.

16 Beer: Ethnos, Ethnie, Kultur. S. 66.

17 Beer: Ethnos, Ethnie, Kultur. S. 67.

Terminus wird versucht eine begriffliche Orientierung zu schaffen.¹⁸ Warum der Kulturbegriff im Pflegealltag von besonderer Bedeutung ist, zeigt das zunehmende Interesse an transkultureller Pflege in der letzten Dekade. Ein Blick in den Praxisalltag der Pflege zeigt dennoch, dass dort immer noch ein kategorisches Denken fokussiert wird. Im Umgang mit MigrantInnen findet ein Stützen auf kulturspezifische Strukturen statt, die allgemein gültig sein sollten, um Pflegehandlungen zu vereinfachen.¹⁹ Im Sinne eines Rezeptes, dass vom Pflegepersonal pauschal auf bestimmte Personengruppen angewandt werden kann und somit einen geringeren Aufwand darstellt, als sich individuell auf einzelne Bewohner einzustellen. Ein Umdenken der Praxis, ein Loslösen von der Auffassung des essentialistischen Kulturbegriffs, hin zum Verständnis eines kulturellen Individuums, ist auch mit Blick auf das Konzept der transkulturellen Pflege Dagmar Domenigs ein wichtiger Punkt. Ein erfolgreiches Umsetzen migrationsspezifischer Pflegemodelle kann nur durch individuelles Handeln möglich sein. Dabei ist es von großer Wichtigkeit ‚Kultur‘ nicht als feste Größe aufzufassen, sondern als wandelbar und individuell zu interpretieren.

Transkulturalität in der Altenpflege – Konzept der transkulturellen Kompetenz

Begriffsklärung Transkulturalität

Bevor der Fokus auf die Anwendung der Transkulturalität in der Pflege gerichtet wird, bedarf es zunächst einer Begriffserläuterung, was unter ‚transkulturell‘ im Allgemeinen und in Bezug auf die Pflege verstanden wird. Transkulturalität gilt laut Philosoph Wolfgang Welsch als ein Kulturkonzept, das ‚fremde‘ Elemente in der ‚Eigenkultur‘ bewusst anerkennt, was wiederum die Möglichkeit eröffnet, das insbesondere Ähnlichkeiten zwischen der ‚eigenen‘ und den als ‚fremd‘ wahrgenommenen Kulturen in den Vordergrund rücken können.²⁰ Welsch definiert die Transkulturalität als eine Grenzverwischung der Kulturen, da sich Elemente der ‚eigenen‘

¹⁸ Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 174.

¹⁹ Domenig: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. S. 31.

²⁰ Barmeyer: Taschenlexikon Interkulturalität. S. 167.

und ‚fremden‘ Kultur in Gesellschaften miteinander vernetzen.²¹ Mit der Verwendung ‚transkulturell‘ wird das Wahrnehmen von Besonderheiten ‚anderer‘ Kulturen verstanden, die im Hinblick auf die ‚eigene‘ Kultur als gleichwertig anerkannt werden.²² Durch die Auffassung der Pluralität moderner Gesellschaften können Kulturen nicht voneinander isoliert betrachtet werden.²³ Das Verständnis der ‚transkulturellen Pflege‘ setzt darauf, dass jeder Mensch die gleichen existenziellen Bedürfnisse besitzt, aufgrund verschiedener kultureller Gegebenheiten, diese jedoch unterschiedlich auffasst.²⁴ Die Pflege soll dabei kulturübergreifend fungieren, also nicht an Grenzen, gegeben durch die Markierung der Unterschiede jeweiliger Kulturen, gebunden zu sein.²⁵ Solche Unterschiede werden verstärkt durch die Anwendung von Kulturmodellen, durch die der Aspekt der Abgrenzung der Kategorie ‚fremd‘ zum Tragen kommt.²⁶ Denn der Aspekt der Kulturalisierung hat besonders im Gesundheitswesen immer noch einen hohen Stellenwert und erzeugt eine Distanz zwischen den Pflegenden und den pflegebedürftigen SeniorInnen.²⁷

Anfänge der ‚transkulturellen Pflege‘

Die Theorie Madeleine Leiningers, die sie in den 1970er-Jahren entwickelte, darf als erster Schritt in Richtung ‚transkulturelle Pflege‘ gesehen werden. Vor allem in den 1990er-Jahren wurde die Theorie Leiningers im deutschsprachigen Raum als Basis zur Ausführung transkultureller Pflege genutzt.²⁸ Das Modell der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin bildete die Grundlage für spätere Theorien zur ‚transkulturellen Pflege‘.²⁹ Leininger legt den Fokus der professionellen Pflege (nursing) auf die Fürsorge (care), die sie als „das Herz und die Seele“³⁰ ansieht. Ihre Überlegungen sollen Pflegenden als Richtlinie

21 Barmeyer: Taschenlexikon Interkulturalität. S. 167.

22 Lenthe: Transkulturelle Pflege. S. 14.

23 Barmeyer: Taschenlexikon Interkulturalität. S. 167.

24 Lenthe: Transkulturelle Pflege. S. 14 f.

25 Lenthe: Transkulturelle Pflege. S. 15.

26 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 174.

27 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 174.

28 Domenig (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. S. 140.

29 Lenthe: Transkulturelle Pflege. S. 143.

30 Leininger: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. S. 25.

an die Hand gegeben werden, um damit unabhängig von der jeweiligen ‚Kultur‘ professionelle Pflege umzusetzen. Leiningers Theorie setzt vor allem auf die Erfüllung der Erwartungen der Pflegebedürftigen und unterscheidet sich dabei von anderen Pflegetheorien, die oftmals durch ihre medizinische Beschreibung von Krankheiten und ihren Therapiemöglichkeiten³¹ Gefahr laufen, zu stereotypisieren. Diese Erwartungen der Pflegebedürftigen arbeitet Leininger jedoch aus ihrer eigenen Forschungsarbeit heraus, in der sie mithilfe einer Forschungsgruppe ungefähr 60 Kulturen in Bezug auf Bedeutung von Pflege und pflegespezifische Handlungsweisen erforschte.³² Die Auflistung von Eigenschaften der jeweiligen ‚Kulturen‘, die sie in ihren „Kulturstudien“³³ sammeln konnte, führt ebenfalls zur Verstärkung von Stereotypen. Selbst dann, wenn Leininger bei der Verwendung ihrer Kulturtabellen davor warnt, diese nicht unreflektiert anzuwenden,³⁴ bedeutet das nicht, dass dies in der praktischen Anwendung konsequent befolgt wird. Denn die Anwendung dieser Forschungsergebnisse setzt eine Homogenität von Kultur voraus, durch die jedem Angehörigen einer ‚Kultur‘ die gleichen Wertvorstellungen zugeschrieben werden. Leiningers Verständnis von ‚Kultur‘ geht von einer unveränderbaren Größe aus, die Menschen verschiedener Gruppierungen in gleichem Maß besitzen. Demnach ist eine einfache Anwendung des gesammelten Wissens je nach ‚Kultur‘ möglich. Domenigs Kritik an der Theorie Leiningers beruht maßgeblich auf ihrem Kulturverständnis, da diese von „komplexe[r]n Ganzheiten“³⁵ ausgeht. Leiningers Auffassung von ‚Kultur‘ als ein homogenes Gebilde und ihre Herangehensweise ‚Kultur‘ im Hinblick auf die Unterschiede vom ‚Eigenen‘ zu erforschen, ohne jedoch die eigene Lebenswelt zu reflektieren, ist unter heutiger Auffassung nicht mehr tragbar. Denn ein pflegerischer Umgang mit MigrantInnen, im Sinne Leiningers Theorie, führt zur Abgrenzung anderer ‚Kulturen‘. Gleichzeitig stellt sie die Wichtigkeit für Pflegende heraus, ein „passives Wissen“³⁶ zu

31 Leininger: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. S. 27.

32 Domenig (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. S. 142.

33 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 170.

34 Domenig (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. S. 144.

35 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 168.

36 Leininger: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. S. 208.

besitzen, um über „Wertevorstellungen und Überzeugungen hinsichtlich der Fürsorge“³⁷ seines Gegenübers Bescheid zu wissen. Trotz aller Kritik am Vorgehen Leiningers, bleibt die Tatsache bestehen, dass sie heute als eine Pionierin gilt, die die transkulturelle Pflege entscheidend geprägt hat. In erster Linie erkannte und kombinierte sie als Erste den notwendigen Zusammenhang zwischen Pflege und Ethnologie bzw. Anthropologie.³⁸ Welche Modelle zur transkulturellen Pflege aktuell in der Altenpflege Verwendung finden, zeigt im Nachfolgenden das Konzept Domenigs.

Transkulturelle Kompetenz nach Domenig

Domenigs Verständnis nach, ist transkulturelle Kompetenz „die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten.“³⁹ Die Notwendigkeit einer Änderung in der Pflege, zeigen die von Pflegenden vorgebrachten Probleme, die sich im Pflegealltag ergeben. Migrationsspezifische Barrieren, vor allem Verständigungsprobleme werden von Fachpersonen als Gründe angeführt, dass sich die Pflege anpassen muss. Auffällig dabei ist, dass ‚der Migrant‘ oftmals zum Problem degradiert wird, weil er nicht die Sprache des Pflegers spricht, oder eine andere ‚Kultur‘ besitzt⁴⁰ und ihm vorgeworfen wird, sich nicht zu integrieren. Das Problem auf den/die Migranten/Migrantin abzuwälzen erscheint einfach, weswegen dies häufig praktiziert wird. Um allen Menschen eine professionelle Pflege zu garantieren, wird eine Lösung benötigt. Denn die Ursache für die Barrieren zwischen pflegebedürftigen SeniorInnen und dem Pflegepersonal sieht Domenig „in einer ungenügenden transkulturellen Kompetenz der behandelnden Fachperson“⁴¹. Pflegekräfte dürfen nicht mithilfe von kulturspezifischen ‚Rezepten‘ arbeiten, sondern müssen ihr Gegenüber als Individuum wahrnehmen, um eine

37 Leininger: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. S. 208.

38 Domenig (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. S. 144.

39 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 174.

40 Mäder, Uli/Daub, Claus-Heinrich (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. Edition gesowip, Basel, 2004, S. 179.

41 Mäder/Daub (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. S. 179.

Kulturalisierung und Stereotypisierung zu vermeiden.⁴² Die Fähigkeit der Interaktion im Umgang mit Pflegebedürftigen bildet den Kern Domenigs Konzeptes der transkulturellen Kompetenz.⁴³ Die Interaktionsfähigkeit setzt sich aus der wechselnden Wirkung dreier Faktoren zusammen, die nötig sind, um transkulturell kompetent agieren zu können.⁴⁴ Domenigs Konzept stellt sich in drei Säulen dar, die in ihrer gemeinsamen Schnittmenge die Interaktionsfähigkeit bilden.

Die erste davon ist die Selbstreflexion, die nötig ist, um ein weitestgehend vorurteilsfreies Gegenübertreten zweier Menschen, aus verschiedenen Lebenswelten, zu ermöglichen. Unter Lebenswelt versteht Domenig, die sich hierbei auf Schütz und Luckmann bezieht, die jeweilige soziale Umgebung, in die ein Mensch hineingeboren wurde. Diese stellt für den Menschen eine Selbstverständlichkeit dar und ist für sein Handeln bestimmend.⁴⁵ Jeder Mensch hat in seiner Lebenswelt zahlreiche Erfahrungen gesammelt, die er als „Bezugsschema“⁴⁶ im Umgang mit anderen Menschen einsetzt. Trifft ein Mensch auf eine neuartige Erfahrung, die sich außerhalb seines ‚Bezugsschemas‘ befindet, soll die Lebenswelt des Gegenübers bestmöglich neutral gewertet werden. Der Sinn der transkulturellen Kompetenz ist es, unvoreingenommen die Lebenswelt anderer Menschen wahrzunehmen. Denn eine fehlende Reflexion der eigenen Lebenswelt birgt die Gefahr einer mangelnden Ambiguitätstoleranz und somit die negative Wertung neuartiger Erfahrungen.⁴⁷

Der zweite Bestandteil, der notwendig ist, um das Konzept der transkulturellen Kompetenz in die Praxis umzusetzen, sind Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrungen. Bei der Umsetzung merkt Domenig an, das darunter nicht verstanden werden soll, möglichst viel Wissen über einzelne ‚Kulturen‘ zu sammeln. Vielmehr geht es um die Aneignung genereller Kenntnisse, die im Umgang mit pflegebedürftigen Personen angewandt

42 Mäder/Daub (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. S. 181.

43 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 174.

44 Lenthe: Transkulturelle Pflege. S. 162.

45 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 175.

46 Domenig (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. S. 175.

47 Lenthe: Transkulturelle Pflege. S. 162.

werden können, um den in der Praxis häufig vorkommenden falschen Umgang zu vermeiden.⁴⁸ Dabei soll kein stereotypes Wissen über verschiedene Bevölkerungsgruppen gesammelt werden, durch die Klischees, wie die der ‚deutschen Kultur‘ anhaftende Pünktlich- und Genauigkeit, verstärkt werden. Ziel ist es eine offene Einstellung im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen zu erreichen. Die Existenz von Hintergrundwissen soll eine distanzierte und ablehnende Haltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen verhindern. Der Umgang mit Schmerz ist individuell und ein Beispiel, wie BewohnerInnen vom Pflegepersonal diskriminiert und stigmatisiert werden können. Reflektiert ein Pfleger seine eigene lebensweltliche Prägung nicht, kann er somit kein Verständnis für eine andere Art des Schmerzumgangs zeigen.⁴⁹ Das laute Klagen über Schmerz ist vielen Pflegenden aus ihrem eigenen Schmerzumgang nicht vertraut und wird dadurch als ‚fremd‘ wahrgenommen. Dabei wird der Umgang mit schmerzäußernden Pflegebedürftigen als Belastung empfunden, was diese zu spüren bekommen. Die transkulturelle Kompetenz sieht vielmehr vor, sich auf verschiedenartige Einstellungen und Empfindungen einzustellen und sich nicht vor diesen zu verschließen, weil sie einem aus der ‚eigenen‘ Lebenswelt in anderer Weise vertraut sind.

Die narrative Empathie bildet für Domenig die dritte Säule ihres Konzepts der transkulturellen Kompetenz. Empathie an sich steht für die Fähigkeit eines Menschen sich in sein Gegenüber hineinzusetzen. Die Besonderheit an der narrativen Empathie ist es, dass PatientInnen dazu aufgefordert werden sollen, ihre eigene Geschichte zu erzählen.⁵⁰ Dies erscheint vor allem vor dem im Hintergrund ihrer Migrationserfahrung und den damit verbundenen möglichen traumatischen Erlebnissen wie Folter, Krieg und Tod besonders wichtig. Pflegende sollen also PatientInnen gegenüber ein Gefühl vermitteln, dass diesen zeigen soll, es gibt jemanden, der versucht, sich in sie hineinzusetzen und dadurch aufgefordert werden, von sich aus zu erzählen. Die Kenntnis der jeweiligen Lebensgeschichte der Pflegebedürftigen erleichtert und verbessert dem Pflegepersonal den Umgang.

48 Mäder/Daub (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. S. 183.

49 Mäder/Daub (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. S. 183.

50 Mäder/Daub (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. S. 185.

Ein konsequentes Befolgen dieser drei Säulen im Umgang mit Pflegebedürftigen führt zur transkulturellen Kompetenz. Eine Pflege, die jedem Menschen dieselben Chancen eröffnet, ist erst dann gegeben, wenn die Pflegekräfte ihr Gegenüber individuell und unter Berücksichtigung verschiedener Lebenswelten pflegen.

Die praktische Umsetzung des Modells der transkulturellen Kompetenz in der deutschen Altenpflege

Kinder sehen sich heutzutage vor das Problem gestellt, eine Lösung für die Betreuung ihrer Eltern im Alter zu finden. Die Berufstätigkeit zwingt sie oftmals dazu, die Pflege ihrer Eltern einem ‚Fremden‘ in die Hände zu legen. Dabei gibt es die Möglichkeit das Angebot eines Pflegeheimes anzunehmen und die Eltern in die Obhut professionellen Personals zu geben oder Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. Diese Entscheidung betrifft eine große Anzahl der alternden Bevölkerung. Doch welche weiteren Hürden ergeben sich dabei für MigrantInnen und deren Angehörige? Das Augsburger Projekt *ina* – richtet sich an pflegebedürftige SeniorInnen aus der Türkei und dient für deren Angehörige als Beratungsstelle rund um die Pflege. *ina* nimmt eine Vermittlungsposition ein und leistet darüber hinaus mit Fortbildungen für den Fachbereich der Pflege einen Beitrag, dass sich der Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Altenpflege verbessern.⁵¹

Inwieweit sich Pflegeeinrichtungen auf die Arbeit mit MigrantInnen vorbereiten können, zeigen die Vorschläge, die *ina* auf ihrem Internetauftritt an Pflegeheime richtet. Dabei handelt es sich um eine Auswahl von Aspekten, die vor der Aufnahme pflegebedürftiger SeniorInnen überprüft werden sollten. Hierbei zeigt sich deutlich, inwieweit es in der Praxis von Nöten ist, die Selbstreflexion einzuhalten, damit die ‚eigene‘ Lebenswelt nicht als Selbstverständlichkeit hingenommen und jedem Pflegebedürftigem übergestülpt wird. Ein Überprüfen im Vorfeld dient dem Vermeiden des

⁵¹ SIC Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mhH, <http://www.ina-sic.de/das_projekt_ina_stellt_sich_vor.htm> [Stand: 25.02.2015]

falschen Umgangs im Pflegealltag. Darunter versteht *ina* die Vorgehensweise, dass sich Pflegeheime darüber informieren, welche Möglichkeiten es gibt, um kommunikative, religiöse und rituelle Unterschiede aufzugreifen und einen Lösungsansatz für den Umgang zu finden.⁵² Neben einer Arbeitserleichterung für die Pflegekräfte, nützt die individuelle Information im Umgang mit den BewohnerInnen in erster Linie den Pflegebedürftigen. Die Achtung von religiösen Ritualen oder der Möglichkeit mit den SeniorInnen in ihrer Muttersprache zu kommunizieren, sind entscheidende Faktoren, durch die Pflegebedürftige Vertrauen aufbauen können. Ist ein vertrauensvoller Umgang zwischen Pflegebedürftigen und der Pflegekraft gegeben, so erleichtern Empathie und Respekt den pflegerischen Umgang. Besteht ein Zugang zueinander, kann die dritte Säule Domenigs zum Tragen kommen, indem die Empathie der Pflegekraft die BewohnerInnen dazu veranlasst, sich zu öffnen. Im Zuge dessen kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, durch das auch das Ansprechen von Problemen und Schwierigkeiten, was in ‚der türkischen Kommunikation‘ eigentlich unüblich ist, und somit eine überwindbare Hürde darstellt. Zur Kommunikation türkischer Einwanderer liefert *ina* bestimmte Merkmale des Kommunikationsverhaltens.⁵³ Diese richten sich speziell an die Leitung von Pflegeeinrichtungen, um nötiges Hintergrundwissen zu besitzen und eine situationsgenaue Reaktion zu ermöglichen. Die Art der Beschreibung von Krankheitsbildern und das Vermeiden der Ansprache von Problemen, sind Eigenschaften im Kommunikationsverhalten, die es von Seiten des Pflegepersonals zu beachten gilt. Diese Unterschiede müssen beim pflegerischen Umgang miteinbezogen werden, um die Pflegebedürftigen gleichwertig zu behandeln. Eine Abweichung von der eigenen Sichtweise der Pflegekräfte darf nicht ausschlaggebend dafür sein, die BewohnerInnen nur oberflächlich zu pflegen, weil beispielsweise eine sprachliche Barriere besteht.

Daneben stellt *ina* die Kultur und Lebensweisen ‚der türkischen Kultur‘ dar und merkt an, dass dies jedoch nicht pauschal angewandt werden sollte⁵⁴. Besonders auf Religion und soziale Beziehungen ‚der türkischen Lebensweise‘

52 <http://www.ina-sic.de/praktische_hilfen_hilfe_einzug_ins_heim.htm> [Stand: 28.08.2014].

53 <http://www.ina-sic.de/kultur_und_lebensweisen_kommunikation.htm> [Stand: 28.08.2014].

54 <http://www.ina-sic.de/kultur_und_lebensweisen.htm> [Stand: 28.08.2014].

geht *ina* ein, um einer ablehnenden Haltung vorzubeugen und vielmehr ein Verständnis für jene Lebensweise zu entwickeln. *ina* gibt Pflegeeinrichtungen den Hinweis, sich individuell auf einzelne Pflegebedürftige einzustellen und mit Angehörigen Rücksprache zu halten, um somit eine bestmögliche Betreuung garantieren zu können.

Inwieweit das Konzept der transkulturellen Kompetenz Domenigs durch *ina* in Augsburger Pflegeeinrichtungen zum Tragen kommt, lässt sich nicht beurteilen. Für demenzkranke türkische SeniorInnen bietet *ina* in Augsburg seit dem Jahr 2011 eine Betreuungsgruppe an, bei der diese an einem Vormittag in der Woche zusammenkommen und individuell in verschiedenen Aktivitäten gefördert werden. Daneben bedeutet dieses Angebot für die Angehörigen eine Entlastung und Unterstützung im Pflegealltag. Selbstformuliertes Ziel von *ina* ist es „den Betroffenen ein paar schöne Stunden in geselliger Runde in ihrer Muttersprache [zu] ermöglichen.“⁵⁵ *ina* bildet somit eine Anlaufstelle für Angehörige demenzkranker SeniorInnen. Die Unterstützung, die durch *ina* gegeben ist, transkulturelle Kompetenz in den Pflegealltag einzubinden, beinhaltet trotz der Anmerkung, die Informationen nicht allgemeingültig anzuwenden, keine Garantie, wie dies in der Praxis in Pflegeeinrichtungen gehandhabt wird. Das Augsburger Projekt ist ein Schritt in die richtige Richtung, um die Idee Domenigs, die Individualität der Pflegebedürftigen herauszustellen und dadurch in der Pflege Chancengleichheit zu garantieren.

Fazit

Das Zitat Clifford Geertz, „Die Splitter sind es, an die wir uns in einer zersplitterten Welt halten müssen“,⁵⁶ zeigt in Bezug auf die Altenpflege, dass es nicht darum gehen darf, ein Idealkonzept zu finden, das auf alle Menschen, je nach ihrer kulturellen Lebensweise, anwendbar ist. Die Lösung muss vielmehr sein, jeden Menschen individuell zu betrachten. Im Sinne der transkulturellen Kompetenz bedeutet dies, seine eigene Lebenswelt zuerst zu reflektieren, um dann auf die Bedürfnisse des Gegenübers erfolgreich

⁵⁵ <<http://www.ina-sic.de/betreuungsgruppe.htm>> [Stand: 08.04.2015].

⁵⁶ Geertz, Clifford: Welt in Stücken. Kultur und Politik am Ende des 20. Jahrhunderts. Passagen Verlag, Wien, 1996, S. 19.

eingehen zu können. Den Beitrag, den das Projekt *ina* zur transkulturellen Pflege innerhalb Augsburg leistet, ist ein Weg Transkulturalität im Praxisalltag der Altenpflege zu verankern. Ein Wegweiser für die Angehörigen von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen. Die Idee des Konzeptes Dagmar Domenigs lässt sich in der Grundhaltung des Projekts erkennen. Die einzelnen Schritte um transkulturell kompetent handeln zu können, benötigen neben Selbstreflexion und narrativer Empathie vor allem Hintergrundwissen. Das Wissen transkultureller Erfahrungen ist ein wichtiger Bestandteil, um im Umgang mit MigrantInnen nicht in eine abwertende Haltung zu verfallen. *ina* stellt eine Möglichkeit heraus, wie die Umsetzung der theoretischen Grundlage der transkulturellen Kompetenz erfolgen kann.

Grundsätzlich wird in Deutschland jedoch ein Wandel im Gesundheitssystem benötigt, um in der Zukunft die Pflege für alle Personengruppen langfristig zu verbessern. Eine dauerhaft erfolgreiche Anwendung transkultureller Kompetenz in der Altenpflege, kann nur dann erfolgen, wenn sich die jeweilige Leitung von Pflegeeinrichtungen transkulturell öffnet. Für Dagmar Domenig ist die Anwendung des Konzepts der transkulturellen Kompetenz erst dann umsetzbar. Denn einzelne Fachpersonen, die transkulturell kompetent im Pflegealltag sind, reichen im Gesundheitssystem langfristig nicht aus, sondern sie benötigen eine auf Dauer transkulturell, sensibilisierte Leitung ihrer jeweiligen Pflegeeinrichtung.⁵⁷ Die Verbindung von Theorie und Praxis erfordert speziell im Pflegealltag ein besonderes Geschick und eine Basis, die als Leitfaden, für einen sinnstiftenden Kontakt dient.

Dass den Beitrag, den das Projekt *ina* dazu leistet, nur einen kleinen Teil davon ausmacht, der benötigt wird, um eine ganzheitliche Umstellung im Pflegealltag zu erreichen, liegt auf der Hand. Dennoch zeigt die Existenz einer solchen Initiative, dass bereits begonnen wurde, theoretische Neuerungen der Pflege in die Tat umzusetzen.

57 Mäder/Daub (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. S. 185.

Katja Boser, studiert im 6. Semester Germanistik und Kunst- und Kulturgeschichte an der Universität Augsburg und arbeitet als studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für Europäische Ethnologie/Volkskunde. Diese Arbeit entstand im Rahmen des Proseminars „Wo tut's weh? Gesundheit, Krankheit und Migration.“ im SS 2014 bei Frau Dr. Ina Jeske.

Literaturverzeichnis

Literatur:

- Barmeyer**, Christoph: Taschenlexikon Interkulturalität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2012.
- Beer**, Bettina: Ethnos, Ethnie, Kultur. In: Beer, Bettina/Fischer, Hans (Hg.): Ethnologie. Einführung und Überblick. 6. Auflage, Reimer, Berlin, 2006.
- Claessens**, Dieter: Kapitalismus als Kultur. Entstehung und Grundlagen der bürgerlichen Gesellschaft. 1. Auflage, Diederichs, Düsseldorf, 1973.
- Domenig**, Dagmar (Hg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage, Huber, Bern, 2007.
- Domenig**, Dagmar (Hg.): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2001.
- Domenig**, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. 1. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern, 2001.
- Geertz**, Clifford: Welt in Stücken. Kultur und Politik am Ende des 20. Jahrhunderts. Passagen Verlag, Wien, 1996.
- Harris**, Marvin: Kulturanthropologie. Ein Lehrbuch. Campus-Verl., Frankfurt, 1989.
- Lenthe**, Ulrike: Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren. 1. Auflage, facultas.wuv, Wien, 2011.
- Leininger**, Madeleine M.: Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus, Freiburg i. B., 1998.
- Mäder**, Uli/Daub, Claus-Heinrich (Hg.): Soziale Folgen der Globalisierung. Edition gesowip, Basel, 2004.

Internet:

- SIC Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH, <http://www.ina-sic.de/das_projekt_ina_stellt_sich_vor.htm> [Stand: 28.08.2014].
- SIC Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH, <http://www.ina-sic.de/kultur_und_lebensweisen.htm> [Stand: 28.08.2014].
- SIC Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH, <http://www.ina-sic.de/praktische_hilfen_hilfe_einzug_ins_heim.htm> [Stand: 28.08.2014].
- SIC Gesellschaft für Forschung, Beratung, Organisationsentwicklung und Sozialmanagement mbH, <<http://www.ina-sic.de/betreuungsgruppe.htm>> [Stand: 08.04.2015].

Von Badern, Steinschneidern und Ärzten: Ein medizinhistorischer Streifzug durch Ulm

besprochen von Cornelia Baier

Die ‚Neue Mitte‘ in Ulm gilt als eines der architektonischen Glanzstücke der ehemaligen Reichsstadt. Wer nicht nur einen Blick für die atemberaubende Architektur hat, sondern auch ein Auge für Details besitzt, dem fällt eine Stele auf dem Hans-und-Sophie-Scholl-Platz ins Auge, die an die Ulmer Bürgerin Agathe Streicher (1520–1581) als erste praktizierende Ärztin in Deutschland erinnert. Doch wer war Agathe Streicher? Wie konnte sie sich ihr profundes medizinisches Wissen aneignen? Und wie entwickelte sich die medizinische Versorgung in Ulm?

Diesen medizinhistorischen Fragen widmet sich der ‚Medizinhistorische Streifzug durch Ulm‘, eine Stadtführung, die das Gesundheitswesen der Stadt Ulm in den Blick nimmt. Stationen des Rundgangs sind die Wirkstätten bekannter Ulmer Mediziner sowie Orte, an denen die Medizin und die Gesundheit eine signifikante Rolle in der Stadtgeschichte spielten. Die Stadtführung richtet sich nicht nur an medizinisches Fachpersonal, das seine medizinhistorischen Kenntnisse vertiefen möchte, sondern ebenso am Gesundheitswesen der Stadt Ulm interessierte Bürger und Touristen. Selbst eingeschworenen Kennern der Ulmer Stadtgeschichte begegnet Neues oder sie sehen nach der Führung manchen bereits bekannten Ort aus einem anderen Blickwinkel. Für Selbstentdecker ist unter dem gleichnamigen Titel des Rundgangs ein gedruckter Stadtführer erschienen, mit dem die medizinhistorischen Orte Ulms auf eigene Faust erkundet werden können.¹

Der Stadtrundgang beginnt auf dem Weinhof, dem ehemaligen Pfalzbezirk, auf dem sich das heutige Stadtarchiv Ulms befindet. Eng verbunden mit dem Weinhof als ehemaligen Weinmarkt, ist die Geschichte des Stadtphysikus Eberhard Gockel, der erstmals die gesundheitsgefährdende Wirkung des Süßens von Wein mit Bleiweiß aufdeckte und seine Erkenntnisse in einem Traktat niederschrieb. Ebenfalls auf dem Weinhof

¹ Vgl. auch für die folgenden Ausführungen Winkelmann, Hans-Joachim/Schulthess, Kathrin/Kressing, Frank/Litz, Gudrun: Medizinhistorischer Streifzug durch Ulm. Eggingen: Edition Isle, 2011.

befindet sich das Steuerhaus, indem die Mitglieder des ‚Collegium Medicum‘ ihren Amtseid auf die städtische Medizinalordnung schworen.

Nächste Station des medizinhistorischen Rundgangs sind das Ulmer Münster und der Münsterplatz. Medizinhistorisch gesehen finden sich in der künstlerischen Ausgestaltung des Münsters Personen, die in Verbindung mit der Medizingeschichte gebracht werden können. Neben Darstellungen von Heiligen, die als Schutzpatrone von Kranken dienen, ist besonders die Altarstiftung des Heinrich Raysers von Bedeutung, des ersten vereidigten Stadtphysikus der Reichsstadt Ulm.

Auf dem Münsterplatz werden die Bestattungen auf dem ehemaligen Friedhof des Barfüßerklosters, die sowohl archäologisch als auch anthropologisch erschlossen wurden, als Zeugnisse des Gesundheitszustands der Ulmer Bevölkerung zwischen dem 13. und dem frühen 16. Jahrhundert angeführt. Eine Untersuchung von 500 Skeletten ließ deutliche Rückschlüsse auf die soziale Schichtzugehörigkeit sowie die Lebensweise der Bestatteten zu. Weitere medizinhistorische Punkte des Rundgangs sind am Münsterplatz das frühe Apothekerwesen der Reichsstadt Ulm, der ‚fliegende Steinschneider‘ Charles Bernoin und bekannte Ulmer Mediziner wie Heinrich Steinhövel, Johannes Münsinger, Agathe Streicher, die Ärztefamilie Palm sowie Johannes Stocker, der 1513 eine der ersten überlieferten Rezepturen für Amalgam-Füllungen entwickelte.

Der Stadtrundgang führt über die ‚Neue Mitte‘, vorbei an der Stele der Agathe Streicher, an die Adlerbastei am Donauufer. An dieser Stelle missglückte der berühmte Flugversuch des als ‚Schneider von Ulm‘ bekannten Albrecht Ludwig Berblinger am 31. Mai 1811, der ihn damals dem allgemeinen Gespött der Bevölkerung aussetzte. Weniger bekannt als sein Flugversuch, aber medizinhistorisch gesehen viel interessanter, sind die von ihm entwickelten Beinprothesen, die Berblinger zu Beginn des 19. Jahrhunderts für Kriegsversehrte aus den napoleonischen Kriegen anfertigte. Diese bildeten anatomisch genau das verlorene Bein nach, das einen großen Fortschritt zu den zeitgenössischen Prothesen bedeutete, die als einfache Holzstelzen gefertigt wurden.

Unweit der Adlerbastei befand sich der ehemalige Bezirk des Heilig-Geist-Spitals, das vom 13. bis 19. Jahrhundert die zentrale medizinische Versorgungseinrichtung der Stadt Ulm darstellte und die Gesamtverwaltung über alle medizinischen Einrichtungen der Stadt übernahm. Diese weiteren Einrichtungen wie das Seel- und Blatternhaus oder das Siechen- und Brechenhaus befanden sich im Osten der Stadt im Stadtteil ‚Auf dem Kreuz‘. Die dortige Errichtung der medizinischen Einrichtungen entsprach den Hygienevorschriften, die vorgaben, Spitäler vorwiegend östlich der Stadt und möglichst flussabwärts zu bauen. Im Seelhaus wurden die sogenannten ‚Blattern‘ - die Krankheit ist heute als Syphilis bekannt – durch eine Schmier- und Holzkur behandelt, die oftmals verheerendere Nebenwirkungen als die Krankheit selbst hatte, da durch die Schmierkur die Patienten mit einer Quecksilbersalbe eingerieben wurden, die große gesundheitliche Schäden verursachte. Im Siechen- und Brechenhaus wurden Patienten medizinisch versorgt, die an Seuchen wie Lepra oder der Pest erkrankt waren. Das erste Leprosenhaus wurde 1246 in Ulm erbaut und war vor allem für wohlhabende Bürger der Stadt gedacht. Später wurde das zweite Leprosenhaus ‚St. Leonhard‘ für arme Siechen errichtet. Geöffnet waren die Brechenhäuser nur während der großen Epidemien. Eine weitere medizinische Versorgungseinrichtung ist das 1337 erstmalig urkundlich erwähnte Funden- und Waisenhaus, das zunächst außerhalb der Stadtmauern errichtet, aber nach dem Schmalkaldischen Krieg 1553 durch einen Neubau innerhalb der Stadt ersetzt wurde. Betreut wurden im Funden- und Waisenhaus durchschnittlich 120 bis 150 Kinder.

Neben den medizinischen Versorgungseinrichtungen befand sich ‚Auf dem Kreuz‘ auch das sogenannte ‚Griesbad‘, an dem die Hygiene- und Badekultur des mittelalterlichen Ulms thematisiert wird. Dem Wasser des ‚Griesbades‘ wurden heilende Kräfte nachgesagt, die allerlei Krankheiten und Beschwerden linderten, darunter verschiedene Formen von Gicht oder jegliche Frauenkrankheiten. Bereits um 1500 wurde der Badebetrieb wieder eingestellt, da die Syphiliskranken des benachbarten Seelhauses ebenfalls in dem Wasser des ‚Griesbades‘ badeten und dieses den Vorstellungen nach verunreinigten.

Das Stadtviertel ‚Auf dem Kreuz‘ beherbergte nicht nur medizinische Einrichtungen, sondern war zugleich Wohnort eines bedeutenden Ulmer Arztes: Johannes Scultetus. Er war der erste und einzige Stadtphysikus, der sowohl in Medizin als auch in Chirurgie promoviert wurde. Der gebürtige Ulmer studierte an der Universität Padua Medizin und verfasste das erste Chirurgen-Lehrbuch der Neuzeit ‚Armamentarium Chirurgicum‘, das post mortem erschien und Scultetus berühmt machte.

Das Stadtviertel ‚Auf dem Kreuz‘ ist die letzte Station des geführten Stadtrundgangs zu medizinhistorischen Stätten in Ulm. Die gedruckte Version des Stadtführers behandelt zusätzlich die Bundesfestung in Ulm aus medizinhistorischer Sicht. Thematisiert werden die sanitären und hygienischen Verhältnisse innerhalb der Festungsanlage während ihrer militärischen Nutzung im 19. Jahrhundert, nach der Umnutzung als Konzentrationslager während des Nationalsozialismus sowie als Flüchtlingslager für die Vertriebenen nach dem Zweiten Weltkrieg.

Der ‚Medizinhistorische Streifzug durch Ulm‘ bietet einen gelungenen Einblick in die Medizingeschichte Ulms. Medizinhistorische Begriffe und Zusammenhänge werden den Teilnehmern der Führung wissenschaftlich fundiert und gleichzeitig anschaulich und äußerst verständlich vermittelt. Amüsante Anekdoten aus der Lokalgeschichte ergänzen die Ausführungen und erheitern immer wieder die Teilnehmer des Stadtrundgangs.

Die medizinhistorische Ausrichtung der Führung leitet die Teilnehmer aus dem historischen Stadtkern der ehemaligen Reichsstadt Ulms hin zu deren einstigen Randbezirken, an denen die medizinischen Versorgungseinrichtungen angesiedelt waren. Damit werden die Teilnehmer zu Orten in Ulm geführt, welche die klassischen Stadtführungen nicht berücksichtigen. Etwas problematisch gestaltet sich der Umstand, dass nur noch wenige Überreste der behandelten medizinischen Versorgungseinrichtungen vorzufinden sind. Jedoch wird diesem durch ein reiches Bildmaterial ergänzend zu den Ausführungen anschaulich entgegengewirkt. Somit gelingt es dem ‚Medizinhistorischen Streifzug durch Ulm‘, die Teilnehmer des Stadtrundgangs auf eine Reise in die Medizingeschichte mitzunehmen und die Vielfalt medizinhistorischer Thematiken äußerst sinnfällig darzustellen.

45 Jahre Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V.

besprochen von Christoph Salzmann

Im Oktober 2015 feiert die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. (AGEM) den 45. Jahrestag ihrer Gründung. Es ist nur ein kleiner Geburtstag. Im Zuge des Themenschwerpunkts dieser Ausgabe der AVN lohnt der Anlass aber eines kurzen Rückblicks auf ihre Entstehung sowie einer Vorstellung der Arbeitsfelder.

1970 in Hamburg auf Initiative des Ethnologen Joachim Sterly gegründet, versteht sich die AGEM als Vereinigung von Wissenschaftlern und die Wissenschaft fördernden Personen und Institutionen. Der Verein hat es zu seinem Ziel gemacht, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Kultur- und Sozialwissenschaften sowie den einzelnen Forschungszweigen der Medizin, Humanbiologie, Pharmakologie und Botanik zu verbessern. Er verfolgt einerseits gemeinnützige Zwecke und finanziert sich andererseits ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden. Gegenwärtig gehören der AGEM ca. 250 Mitglieder an, die sich ehrenamtlich für die Gemeinschaft engagieren. Zentrale Betätigungsfelder sind das regelmäßige Abhalten von Fachkonferenzen¹ (seit 1973), das Betreiben einer Website (seit 2004; www.agem-ethnomedizin.de) mit zugehörigem Newsletter sowie Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Gesundheitsfürsorge und die Pflege von Kontakten zu internationalen Gesellschaften, Universitäten und Arbeitsgruppen. Zudem hat die AGEM 1975 eine themenbezogene Literatursammlung im Völkerkundemuseum Heidelberg angelegt, um die wissenschaftliche Diskussion zu verbessern. Gegenwärtig befindet sich die Sammlung am Institut für Ethnologie der Universität Heidelberg. Als Herausgeberin von Fachzeitschriften ist die AGEM nahezu seit ihrer Gründung tätig. Seit 1978 veröffentlicht sie in unterschiedlichen Intervallen die ,Curare

¹ Die Fachkonferenzen fanden bis 2002 in zweijährigen Abständen statt. Seit diesem Zeitpunkt werden sie jährlich abgehalten.

- Zeitschrift für Medizinethnologie². Diese war als Konkurrenzschrift zu dem zwischen 1971 und 1981/82 erschienen Periodikum ‚Ethnomedizin - Zeitschrift für interdisziplinäre Forschung‘ entstanden, das ebenfalls von der AGEM herausgegeben wurde.³

Bei ihren Themen weist die AGEM der Beschäftigung mit den medizinischen Vorstellungen und Praktiken unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen einen besonders hohen Stellenwert zu. Das Forschungsinteresse beschränkt sich hierbei nicht auf einzelne ethnische Gruppen, sondern verzichtet auf regionale Einschränkungen und spannt den Bogen von schriftlosen und komplexen Kulturgruppen über die europäische Bevölkerung bis hin zu den aktuellen Migrationsentwicklungen in der globalisierten Welt. Von Interesse sind sowohl die medizinischen Kenntnisse der Laien als auch die der Fachleute in Vergangenheit und Gegenwart. Eine kritische Auseinandersetzung mit der westlichen Schulmedizin im Kontext alternativer Heilmethoden trägt zusätzlich zum Erkenntnisgewinn bei. In der Rahmen- und Methodenggebung für den intra- und transkulturellen Vergleich medizinischer Systeme sowie für eine soziale und kulturelle Konstruktion von Krankheit sieht die AGEM ihre wichtigsten Aufgaben. Gleichzeitig möchte sie die aus der Forschung der Medizinethnologie gewonnenen Erkenntnisse für die eigene Medizintheorie und -praxis nutzbar machen.⁴

Der AGEM war die Arbeitsstelle für Ethnomedizin (AfE) vorausgegangen, die am 9. Oktober 1969 auf einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde (DGV) in Göttingen für die Einrichtung einer Arbeitsgruppe für Ethnomedizin, Ethnobotanik und Ethnozoologie plädiert hatte. Aufgrund des letztlich geringen Interesses eines großen Teiles der Mitglieder der DGV an besagter Arbeitsgruppe entschlossen sich die Initiatoren im April 1970, künftig in einer von der DGV unabhängigen AgE mitzuwirken, der heutigen AGEM.

2 Bis 2007 wurde die ‚Curare‘ als ‚Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie‘ untertitelt.

3 Schröder, Ekkehard: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. 40 Jahre AGEM (11.03.2015), <<http://www.agem-ethnomedizin.de/index.php/home.html>> [Stand: 16.03.2015]; Voss, Ehler: Editorial. In: Curare 34 (2011)3, S.163-164, hier S. 163.

4 Schröder, Ekkehard: Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin AGEM e.V. (12.2013), <<http://www.agem-ethnomedizin.de/index.php/ziele.html>> [Stand: 16.03.2015].

5 Schröder, Ekkehard (Hg.): Dokumentation. Mitteilungen der AfE 1-3 (1969-1970). Arbeitsstelle für Ethnomedizin, Hamburg [Reprint]. In: Curare 33 (2010)1+2, S. 135-152, hier S. 136, 149.

Ihren Auftrag zur Gründung der Arbeitsgruppe legte die AfE folgendermaßen dar:

Die Ethnomedizin befasst sich mit jeder Heilkunde, die nicht wissenschaftlich im Sinne der akademischen Medizin ist, gleich welcher ethnischen Herkunft und Kulturzugehörigkeit sie sein mag. (...) [Sie] bemüht sich ferner um eine Erforschung der lebensweltlichen Voraussetzungen von Krankheit und Heilung, sofern sie von der naturwissenschaftlichen Medizin nicht geleistet werden kann.

Liest man dies, so wird das interdisziplinäre Denken der AGEM offenkundig. Die Forderung nach Gleichberechtigung zwischen den Geistes-/ Sozialwissenschaften auf der einen und den Naturwissenschaften auf der anderen Seite war bereits in der Satzung der Gesellschaft von 1970 festgelegt worden. Dementsprechend müssen in dem siebenköpfigen wissenschaftlichen Beirat der AGEM mindestens zwei Ethnologen und zwei Mediziner vertreten sein.⁷ Auch der gegenwärtig Vorstand entspricht in Form von Wolfgang Krahel und Ekkehard Schröder diesem Ideal.⁸

Dass die Medizinethnologie gegenwärtig vielschichtige und populäre Themen kennt und sich zudem einer großen Beliebtheit erfreut, beweist die Zeitschrift ‚Curare‘. Sie enthält in deutscher und englischer Sprache verfasste Artikel, Berichte, Buch- und Filmbesprechungen sowie Reprints von Beiträgen vergangener Ausgaben. Seit gut zehn Jahren vermehren sich aber auch die Nachrufe auf kürzlich verstorbenen AGEM-Mitglieder der ersten Stunde.

Bis 1990 war die ‚Curare‘ fast ausschließlich vierteljährlich erschienen. In den Folgejahren sank ihre Veröffentlichung auf jährlich zwei bis drei Hefte. Um die Jahrtausendwende wurde die Zeitschrift zum Teil nur ein- oder zweimal jährlich herausgegeben, dafür dann aber oft in Doppelfolgen. Die Folgezeit brachte eine Verringerung der Abstände mit sich, sodass für 2014 wieder die Spitzenzahl von vier Veröffentlichungen erreicht werden konnte. Bis in die

6 Schröder, Ekkehard (Hg.): Dokumentation, S. 137; vgl. hierzu auch Schröder, Ekkehard: Editorial. In: Curare 25 (2002), S. 6-10, hier S. 7.

7 Der wissenschaftliche Beirat hat neben der Beratung des Vorstands der AGEM die Aufgabe, den Verein in der Fachwelt bekannt zu machen und sein Profil zu stärken. (Vgl. Schröder, Ekkehard: Satzung der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin e.V. (15.11.2013), <<http://www.agem-ethnomedizin.de/index.php/satzung.html>> [Stand: 16.03.2015]).

8 Krahel ist Diplompsychologin und Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie, Schröder hingegen Fachärztin für Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Ethnologie.

frühen 90er Jahre hinein setzten die jeweiligen Ausgaben der ‚Curare‘ jedoch nur wenige thematische Schwerpunkte. Sie benannten sich bis auf ein paar Ausnahmen, wie einige Schwerpunktheftbelegen, nach ihren Titelbildern. Erst seit 1994 widmen sich ganze Ausgaben den vielfältigen Themen der AGEM, etwa der Sucht und veränderten Bewusstseinszuständen (1995,2), der Wahrnehmung von Körper und Krankheit in verschiedenen Kulturen (1996,1), der Depression (1996,2) und dem Trauma (1999,1). Zentrale Schwerpunkte sind seit jeher Psychiatrie und Therapie im Kulturvergleich (1994,1; 1998,2; 2000,2; 2009; 2013,4; 2014,1) sowie seit 2000 die eigene interdisziplinäre Fachgeschichte (2001; 2002; 2004,3; 2005,1; 2009; 2010; 2011,3; 2014,4). Sie ist vor dem Hintergrund des 40-jährigen Bestehens der AGEM durch das Kollektiv der Autoren zusammenfassend betrachtet worden. Gegenwärtig widmet sich die ‚Curare‘ den populären Themen Ethnobotanik und Ethnopharmakologie (2003,3; 2011,1+2), Körpermodifikation (2013,1+2) sowie insbesondere Gesundheitspflege und Öffentlichkeit (2003,1; 2005,2+3; 2007,1; 2013,3; 2014,2). Der Verbindung der Medizinethnologie zur zeitgenössischen Esoterik schreibt der Ethnologe Ehler Voss in seinem Editorial zur Jubiläumsausgabe 2011 große Bedeutung für die weitere Entwicklung der AGEM zu.⁹ Eine Schwerpunktausgabe zu diesem Thema steht jedoch noch aus. Es bleibt abzuwarten, welche Bilanz die Autoren der ‚Curare‘ 2020 zum großen Jubiläum der AGEM ziehen werden.

⁹ Voss, 2011, S. 164.

„Diese Arbeit macht mir sehr viel Spaß. Sie verbindet.“

Interview mit Yesim Färber über die Organisation MiMi (Mit Migranten für Migranten) und ihre Tätigkeiten dort als Standortkoordinatorin in Augsburg.

Die Interviewpartnerin Yesim Färber ist deutsch-türkischer Abstammung, zweisprachig aufgewachsen und arbeitet seit Mai 2012 als Standortkoordinatorin für das interkulturelle Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern (MiMi-Projekt Bayern)“. Ursprünglich hat sie Germanistik studiert und ist Dozentin. Mit Alina Buckmakowski sprach sie über ihre Tätigkeiten bei MiMi und ihre Motivation sich für MigrantInnen zu engagieren.

AVN: Was ist MiMi ?

Färber: MiMi heißt Mit Migranten für Migranten, es ist ein interkulturelles Gesundheitspräventionsprojekt und ist in Bayern mit das größte Projekt, das seit 2008 landesweit zur Gesundheitsförderung von Migranten beiträgt. Die Projektbausteine sind Schulungen von interkulturellen Gesundheitsmediatoren, Fortbildungen für Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens, mehrsprachige Informationsveranstaltungen und Wegweiser, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Evaluation. Die Hauptansätze des Projekts sind: Migranten in ihren Lebenswelten zu erreichen; sie in bestehende Strukturen der gesundheitlichen Versorgung zu integrieren; Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten und Ressourcenorientierung. Im Rahmen des Projekts werden Gesundheitsmediatoren zu wichtigen Präventionsthemen (z. B. Deutsches Gesundheitssystem, Kindergesundheit, Ernährung und Bewegung, Gesundheit im Alter, Diabetes, Impfschutz) ausgebildet, die wiederum Ihren Landsleuten diese Informationen in Informationsveranstaltungen in der Muttersprache weitergeben.

AVN: Welche Organisationspartner arbeiten mit MiMi zusammen?

Färber: Das sind u.a. die Gesundheitsämter, Ministerien, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Migrantenorganisationen... Zum Beispiel hier in Augsburg ist es das Bayerische Rote Kreuz (der Standortprojekträger), die Stadt Augsburg und das Gesundheitsamt. Förderer des MiMi-Projekts in Bayern sind das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, die bayerischen Betriebskrankenkassen sowie die Unternehmen Sanofi Pasteur MSD GmbH und MSD SHARP & DOHME GMBH. Der bundesweite Projekträger und Leiter des Projekts ist das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. aus Hannover.

AVN: Wie oft ist MiMi in Deutschland vertreten?

Färber: In Deutschland wurde MiMi bereits an 62 Standorten umgesetzt. In Bayern sind 10 Standorte aktiv.

AVN: Welche Aufgaben übernehmen Sie bei MiMi als Standortkoordinatorin?

Färber: Meine Aufgaben kann ich so aufzählen: Die Koordination der Mediatoren, Vorbereitung und Koordination der Schulungen, Sicherung der Evaluation, örtliche Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung/ Kooperation mit wichtigen Akteuren aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Integration.

AVN: Wo sehen Sie die größten Probleme im deutschen Gesundheitssystem auf die Migranten stoßen?

Färber: Die hauptsächlichen Zugangsbarrieren sind sprachliche und kulturelle Hürden. Aber auch die Komplexität des Systems spielt eine Rolle. Durch sprachliche und soziale Barrieren, haben Migranten oft keine richtigen Informationen und Kenntnisse über die verschiedenen Angebote des deutschen Gesundheitssystems. Daher können diese Angebote und Leistungen auch nicht in Anspruch genommen werden.

AVN: Gibt es denn einen Mangel an Dolmetschern?

Färber: Ja, das wird sehr oft an uns herangetragen, es fehlt vor Allem an professionellen Dolmetschern

AVN: Über welche Krankheiten denken Sie müssen Migranten am dringendsten aufgeklärt werden?

Färber: Laut unseren Projektergebnissen gibt es viel Aufklärungsbedarf vor allem zu den Themen Ernährung und körperliche Bewegung. Die Verschiedenheit der Nahrungsmittel, der enge Zusammenhang zwischen Gesundheit, Ernährung und Bewegung nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern sind Themen, die viele Migranten interessieren. Weitere wichtige Themen sind Diabetes, seelische Gesundheit sowie Kindergesundheit und Früherkennungsmaßnahmen (Impfungen, Krebsvorsorge, Zahnvorsorge etc.).

AVN: Welche Menschen kommen zu MiMi?

Färber: Wir haben hier in Augsburg zwei Herren als Mediatoren. Ansonsten sind die anderen Mediatorinnen Frauen. Gesundheit ist ja auch ein Stück weit Frauensache. Sie sorgen in diesem Bereich für die ganze Familie und geben auch gerne die Informationen an andere Menschen weiter. Auch an den Informationsveranstaltungen nehmen hauptsächlich Frauen teil und kommen aus unterschiedlichsten Herkunftsgruppen und aus allen Altersstufen. Die größten Gruppen kommen aus dem türkisch- und russischsprachigen Raum.

AVN: Was bewegt Sie dazu sich für Migranten zu engagieren?

Färber: In der ersten Linie bin ich ja auch eine Migrantin, zwar mit deutschen Wurzeln und auch schon über 23 Jahre in Augsburg, aber ich war auch am Anfang fremd hier. Ich weiß wie wichtig das ist, Informationen zu bekommen, wie gut es ist, mit dem wachsenden Wissen eine Selbstständigkeit und Zugehörigkeit zu bekommen und ich bin der Meinung, dass durch Bildung und durch Informationsweitergabe Migranten am besten geholfen werden kann. Diese Arbeit macht mir sehr viel Spaß. Sie verbindet.

AVN: Welche Erfolge hatten Sie bei MiMi und welche Ziele verfolgen Sie für die Zukunft?

Färber: Wir haben im Herbst 2012 die zweite Mediatoren-Schulung hier in Augsburg durchgeführt und haben 18 neue Mediatoren dazu gewinnen können. Seitdem haben jedes Jahr mehr als 20 kultursensible

Informationsveranstaltungen stattgefunden. Wir haben Kooperationen z.B. mit dem Landkreis Augsburg und der Diakonie aufbauen können. Im Dezember 2013 haben wir unsere MiMi Mediatoren in einer Dolmetscherschulung speziell für den Einsatz im gesundheitlichen Bereich fortgebildet. Mittlerweile finden auch schon unsere ersten Dolmetschereinsätze statt. Vor kurzem haben wir eine Fachkräfteschulung in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Augsburg zum Thema ‚Transkulturelle Kompetenz im Gesundheits- und Sozialbereich und effektive Zusammenarbeit mit MiMi-Gesundheitsmediatoren und –Gemeindedolmetschern‘ veranstaltet.

Das waren große Erfolge. Was wir uns wünschen: auf jeden Fall sehr viele Veranstaltungen und mehr Kooperationen.

Deutsches Medizinhistorisches Museum in Ingolstadt

besprochen von Katrin Mittermeier

Bereits in der Renaissance begann die Vorgeschichte des barocken Bauwerkes, in dem sich heute das Deutsche Medizinhistorische Museum in Ingolstadt befindet. Damals gewann die praktische Ausbildung der Mediziner anhand von Demonstrationen und Experimenten stärker an Bedeutung, was dazu führte, dass die Medizinische Fakultät der Universität Ingolstadt Ende des 17. Jahrhunderts ein eigenes Grundstück erwarb, um den wachsenden Ansprüchen gerecht zu werden. Darauf wurde zwischen 1723 und 1736 das medizinische Fakultätsgebäude erbaut, dessen Herz der im ersten Stock gelegene anatomische Hörsaal wurde. Nach der Verlegung der Universität aus Ingolstadt nach Landshut im Jahre 1800 wurde das Gebäude über Jahre hin zweckentfremdet genutzt und war schließlich so heruntergekommen, dass man um 1950 über dessen Abriss nachdachte. Jedoch wurde es zum Anlass des 500-Jährigen Jubiläums der Universität von der Stadt Ingolstadt und dem Landesamt für Denkmalpflege gerettet und restauriert. Dabei konnte auch der botanische Garten als „lebendiger Teil des Museums“ wieder angelegt werden.¹

Der seit 1723 existierende „Hortus medicus“ im Innenhof des Museums, in dem Botanik und Arzneimittellehre unterrichtet werden konnten, wurde seit 1992 in der Tradition eines Duft- und Arzneipflanzengartens wiederbelebt. Heute sind im Garten einzelne Beete angelegt, in denen die Pflanzen nach Wirkstoffgruppen angepflanzt und nach Familien gegliedert wurden. Darunter befinden sich Pflanzen mit ätherischen Ölen, Bitterstoffen, Alkaloiden oder Gerbstoffen. Der Garten vermittelt eindrücklich, woher wertvolle Wirkstoffe der Medizin kommen können. Nach der Jubiläumsausstellung besaß das 1973 frisch eröffnete erste Medizinhistorische Museum in der Bundesrepublik nur wenige Exponate, was sich aber schnell änderte. Heute beherbergt es

¹ Artikel „Arzneipflanzengarten“, in: <<http://www.dmm-ingolstadt.de/index.php?id=26>> [Stand: 12.03.2015].

die größte medizinhistorische Sammlung Deutschlands.² Da das Gebäude jedoch nicht als Museum konzipiert war und die Räumlichkeiten bald schon zu klein wurden, ermöglichte die neue Direktorin des Museums, Frau Prof. Dr. Marion Maria Ruisinger, einen neuen Anbau auf dem angrenzenden Grundstück, dessen Eröffnung für Mitte 2016 geplant ist.³

Betritt der Besucher nun den auffallend schönen Barockbau, begibt er sich auf eine chronologische Zeitreise durch die Jahrhunderte der Medizin und ihrer Technik, deren historische Objekte auf zwei Stockwerken präsentiert werden. Das Ausstellungskonzept zeigt sich mehr objekt- als textorientiert, um ein sinnliches und sinnhaftes Erleben zu ermöglichen.⁴ Besonders markant ist die um 1850 eintretende Veränderung der medizinischen Sichtweise von dem Glauben an die Humoralpathologie, oder auch ‚Vier-Säfte-Lehre‘ genannt, zur noch heute aktuellen naturwissenschaftlichen Sicht auf den Körper des Menschen. Grundgedanke der Humoralpathologie ist, dass das Gleichgewicht der vier Säfte des Körpers, nämlich schwarze und gelbe Galle, Blut und Schleim, für Gesundheit oder Krankheit verantwortlich ist. Die Theorie wurde bereits in der Antike entwickelt und blieb bis Mitte des 19. Jahrhunderts gültig.

Der Rundgang des Museums beginnt allerdings zunächst mit medizinischen Geräten der Antike, an die sich eine Ausstellung der religiösen Volksmedizin anschließt. Hier kann man beispielsweise die Heilige Apollonia als Schutzheilige der Zahnärzte sehen. Es folgen Informationen zu der Kinder- und Säuglingspflege und Hebammengeburtshilfe. Daneben erfährt man einiges über das Verhältnis der Ärzte, Bader und Patienten seit dem Mittelalter: Wie auf einem Gemälde einer Behandlungsszene aus der Frühen Neuzeit zu erkennen ist, diagnostizierte zwar der gebildete Arzt, dargestellt in aufrechter Haltung und mit Blick nach oben in das Uringlas, während der Patient jedoch vom Bader in gebückter Haltung behandelt und zur Ader

2 Artikel „Geschichte des Museumgebäudes“. In: Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, <<http://www.ingolstadt.de/dmm/index.php?id=24>> [Stand: 14.03.2015].

3 Artikel „Foyergebäude“, in: Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, <<http://www.ingolstadt.de/dmm/index.php?id=230>> [Stand: 14.03.2015].

4 Habrich, Christa/Hofmann, Siegfried: Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, München 1986, S. 31.

gelassen wurde. Trotzdem war der Bader eine gerade beim Volk angesehene Persönlichkeit, die sehr praxisorientiert ausgebildet war. Bader übernahmen oft die chirurgischen Eingriffe und Operationen, die von den studierten Ärzten gescheut wurden. Außerdem fungierten sie als Ärzte für die ärmere Bevölkerungsschicht, die sich keinen studierten Mediziner leisten konnte.⁵ Diesem Ausstellungsbereich schließt sich der Gartensaal an, in dem man sich über die Historie der Physiologie, Chirurgie, Seuchen und des Impfwesens informieren kann. So ist unter anderem eine Pestarztmaske des 17. Jahrhunderts ausgestellt, die einer Tauchermaske aus Stoff, mit spitzem Schnabel, nicht unähnlich sieht. Bisher ging man davon aus, dass sich Ärzte durch diese Masken vor der Übertragung der Pest schützen wollten, indem sie Kräuter gegen Miasmen, den „Pesthauch“, in die Schnäbel legten oder die Augen durch getönte Gläser vor dem bösen Blick schützten. Da aber schriftliche und bildliche Quellen dazu sehr spärlich sind, wird momentan die Echtheit der Maske überprüft. Dies gestaltet sich jedoch nicht einfach, da die Maske bei der Überprüfung nicht beschädigt werden darf. Der Wandel von der Humoralpathologie zur naturwissenschaftlichen Medizin wird schließlich gleichzeitig mit einer Abfolge an Objekte der alten Reisemedizin, Krankenpflege und ‚Alten Anatomie‘ bis zu kardiologischen Geräten wie eine Herz-Lungen-Maschine gezeigt. Im oberen Stockwerk werden Gegenstände der seit 1850 entstandenen, eigenständigen medizinischen Fächer präsentiert wie etwa der Augen- und Zahnheilkunde oder der Gynäkologie. Dazu gibt es unter anderem eine aus Elfenbein geschnitzte Modellfigur einer schwangeren Frau, die zwar ein sehr exklusiver Sammlungsgegenstand für Kunstkabinette des 17. und 18. Jahrhunderts war, jedoch den Aufbau des Körpers und der Organe nur in groben Zügen zeigt. Anschließend gelangt man in das Herzstück des Museums: den anatomischen Saal mit barockem Deckenfresko, das ‚Theatrum anatomicum‘. Hier sind vor allem anatomische Präparate ausgestellt wie etwa mumifizierte menschliche Skelette, die dazu dienen, das Zusammenspiel von Muskeln, Knochen oder Sehnen darzustellen. Eine Besonderheit sind die seltenen, menschlichen Totalpräparate von etwa 1800.⁶

⁵ Habrich: Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, S. 43 f.

⁶ Habrich: Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, S. 80.

Im letzten Teil der Ausstellung befinden sich medizintechnische Geräte der Moderne, der sich ein Ausstellungsbereich zur Pharmazie angliedert sowie eine Abteilung zur Hals-, Nasen-, Ohren-Medizin inklusive einer großen Brillen- und Glasaugensammlung.⁷ Neben der Ausstellung im Hauptgebäude gibt es seit 2008 einen weiteren Ausstellungsraum auf dem Gelände, in welchem große medizintechnische Geräte präsentiert werden. Dort lässt sich die Medizingeschichte von der Antike bis heute verfolgen, mit dem besonderen Schwerpunkt auf Krankheiten wie Steinleiden oder Augenkrankheiten, die heute mit Stoßwellen und Laser behandelt werden.

Angesichts einiger Exponate ist der Besucher doch erleichtert, in der Moderne zu leben und andere Möglichkeiten der Behandlung zu haben, als sie im Museum gezeigt werden. Gerade dadurch aber wird der Besuch im Medizinhistorischen Museum so eindrücklich und bleibt im Gedächtnis. Für die Größe und Sorgfalt der Ausstellung sind die Besucherpreise (5€ regulär, 2.50€ ermäßigt) mehr als angemessen. Um den Besuch zu vertiefen ist es möglich, Führungen zu buchen und sich zu speziellen Themen weiter in die Vergangenheit führen zu lassen.

Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt

www.dmm-ingolstadt.de

(Reguläre Öffnungszeiten: Dienstag – Sonntag 10 bis 17 Uhr)

⁷ Artikel „Dauerausstellung Medizingeschichte“. In: Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, <<http://www.dmm-ingolstadt.de/index.php?id=23>> [Stand: 14.03.2015].

Am Anfang war die Quelle: Ärztliche Praxisjournale als Ausgangspunkt einer Ausstellung

besprochen von Bettina Kohlen

Stühle an der Wand aufgereiht, Garderobenständer, ein Tischchen in der Mitte, Bild und Topfpflanze: In diesem typischen Wartezimmer wird der Ausstellungsbesucher erst einmal zum Patienten; doch nach diesem Auftakt gelangt er in die eigentliche Ausstellung, in der ihm Geschichten zur ‚Geschichte der Begegnung von Arzt und Patient‘ erzählt werden.

Die Ausstellung ‚Praxiswelten. Zur Geschichte der Begegnung von Arzt und Patient‘ geht auf mehrere DFG-geförderte in enger Zusammenarbeit durchgeführte Forschungsprojekte von 2008 bis 2012 zurück. Im Forschungsverbund ‚Ärztliche Praxis (17.–19. Jh.)‘ wurden an acht medizinhistorischen Instituten die Praxisjournale von acht Ärzten des 17. bis 19. Jahrhunderts aus dem deutschsprachigen Raum¹ ausgewertet.² Die Ergebnisse der einzelnen Projekte wurden 2012 auf einer gemeinsamen Abschluss-tagung in Stuttgart präsentiert; der Tagungsband wird demnächst erscheinen.³

Die in der Regel über viele Jahre geführten Praxisaufzeichnungen waren für den Arzt – und sind es auch noch heute – ein unverzichtbares Instrument. Sie bilden „das Herzstück der ärztlichen Praxis [...]“.⁴ In diesen Notizen werden sämtliche Beobachtungen und Überlegungen im Zusammenhang mit dem Kontakt zum Patienten festgehalten. Über die Jahre entsteht so eine Art Datenbank. Die Untersuchung dieser Praxisjournale lieferte Erkenntnisse zur Entwicklung der ambulanten ärztlichen Praxis.⁵

¹ Aus dem heutigen Deutschland, Südtirol und der Schweiz.

² Atzl, Isabel/Helms, Roland/Neuner, Stephanie/Schilling, Ruth (Hg.): Praxiswelten. Zur Geschichte der Begegnung von Arzt und Patient, Ingolstadt 2013, S. 10 f.

³ Dinges, Martin/Jankrift, Kay Peter/Schlegelmilch, Sabine/Stolberg, Michael (Hg.): In the doctor's office. Medical practice in 17th- to 19th-century Central Europe (noch nicht erschienen).

⁴ Atzl: Praxiswelten, S. 10.

⁵ Atzl: Praxiswelten, S. 20-23.

Am Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt wurden unter der Leitung von Prof. Dr. Marion Maria Ruisinger⁶ sieben Journale des Nürnberger Arztes Johann Christoph Götz (1688–1733) aus den Jahren 1716 bis 1718, 1720, 1721, 1725 und 1726 ausgewertet. Die Journale befinden sich in der Universitätsbibliothek Erlangen-Nürnberg⁷ und gewähren Einblick in die Patientenstruktur, das Spektrum der Krankheiten, Therapien, Medikamente und Behandlungskosten. Mit Hilfe von Schlagworten hat Götz den Text strukturiert und so für sich eine Art Nachschlagewerk geschaffen. Die Auswertung der Götz'schen Praxisjournale zeigt wie seine Arztpraxis funktionierte.

Die Forschungsergebnisse aller acht Projekte sollten in einer gemeinsamen Ausstellung präsentiert werden. Die Ausstellung wurde gemeinschaftlich vom Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité und dem Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt noch während des laufenden Forschungsprozesses konzipiert und realisiert.⁸ Ziel war es, Schlaglichter auf einzelne Arztpraxen und speziell herausgegriffene Krankengeschichten zu werfen, nicht jedoch, eine durchgängige Entwicklungsgeschichte zu erzählen.⁹

Durch das eingangs erwähnte Wartezimmer gelangt der Besucher in die eigentliche Ausstellung. Diese gliedert sich in acht identisch strukturierte und gestaltete Bereiche, die jeweils, analog zu den Forschungsprojekten, einer Arztpraxis zugeordnet sind. Die Abfolge der Praxen erfolgt chronologisch, wobei die Kojen jeweils durch eine eigene Leitfarbe gekennzeichnet sind. Zusätzlich sind an einer Längswand Wandtafeln mit allgemeinen übergreifenden Hintergrundinformationen angebracht. Die klar-rechtwinklige Anordnung der Elemente im Raum und die pastellige Farbigkeit zeigen gewisse Anklänge an übliche Arztpraxen von heute: aufgeräumt, gestalterisch neutral und ein paar sanfte ruhige Farben.

6 Prof. Dr. Ruisinger leitet das Museum und hat die Ausstellung mit-initiiert. Im Dezember 2014 hat sie das Gesamtprojekt, das Ingolstädter Projekt und die Ausstellung in einem Vortrag in Augsburg vorgestellt.

7 Das DFG-geförderte Forschungsprojekt „Ärztliche Praxis im frühen 18. Jahrhundert: Der Nürnberger Arzt Johann Christoph Götz (1688-1733)“ lief von 2009 bis 2012. Die Ergebnisse finden sich zusammengefasst in: Kinzelbach, Annemarie/Jankrift, Kay Peter/Ruisinger, Marion Maria: Arztpraxis im frühneuzeitlichen Nürnberg. Johann Christoph Götz (1688-1733), in: Jahrbuch für Fränkische Landesforschung 72, 2012, S. 123-149.

8 Die Konzeption der Ausstellung wurde von der DFG durch die Finanzierung einer Kuratorenstelle gefördert.

9 Atzl: Praxiswelten, S. 11

Der Einstieg in die jeweilige Praxis ist durch ein Banner mit dem Namen des Arztes markiert. Hier wird in einer Tischvitrine eine Reproduktion des jeweiligen Praxisjournals, die Quelle, präsentiert.¹⁰ Im daneben liegenden Folder kann der Besucher weitere Beispielseiten betrachten und durch vorgestellte Forschungsfragen das Vorgehen der Forschung nachvollziehen. Die speziellen Geschichten und Informationen zu den einzelnen Arztpraxen werden mit Text und Bild über Wandtafeln vermittelt. Weitere Objekte, die den jeweiligen Kontext erläutern, liegen in Tischvitrinen davor.

Der Besucher findet sich durch die modulare Struktur der Ausstellungsarchitektur leicht zurecht, er muss jedoch bereit sein, viel zu lesen. Die Objekte haben leider kaum persönlichen Bezug zu den erwähnten Personen, fungieren lediglich als beispielhafte Illustration. In einigen Fällen ist das in Ordnung, wie bei der eindrucksvollen Totenkrone, die die Geschichte eines verstorbenen Kindes erläutert.¹¹ Doch muss man eine Kanonenkugel ausstellen, um zu verdeutlichen, dass jemand beinahe von einer Kugel getroffen wurde?¹²

Im Fokus der Ausstellung steht die Begegnung von Arzt und Patient. Da die Basis der Ausstellung aber Aufzeichnungen des Arztes sind, wird diese Beziehung nur aus seiner Perspektive geschildert, Patientenaussagen sind also gefiltert. Insofern verspricht der Ausstellungstitel ein wenig mehr als gehalten werden kann. Doch die Ausstellung gewährt aufschlussreich Einblick in Beispiele ärztlicher Praxen von der frühen Neuzeit bis ins 19. Jahrhundert. Daneben fungieren die Praxisjournale als spannende Zeugen ärztlicher Praxis in unterschiedlichen Lebenswelten. Vor allem aber wird deutlich, dass Patienten parallel nicht-ärztliche Heiler und Methoden einbezogen und die Ärzte sich durchaus mit diesen austauschten. Das Bild der fortschrittlichen ‚besseren‘ (Schul-)medizin mit dem darüber wachenden ‚Halbgott in weiß‘ sind Konstrukte des 19. Jahrhunderts.

¹⁰ Es ist jeweils ein aufgeschlagener Band zu sehen. Das Original kann aus konservatorischen Gründen nicht gezeigt werden.

¹¹ Atzl: Praxiswelten, S. 69.

¹² Atzl: Praxiswelten, S. 60.

Zur Ausstellung ist ein 180-seitiger Katalog¹³ mit zahlreichen Abbildungen erschienen, in dem auch die einzelnen Forschungsprojekte vorgestellt werden. Die über ein Jahr¹⁴ im Medizinhistorischen Museum der Berliner Charité gezeigte Ausstellung wandert bis zur Mitte des Jahres nach Bochum.¹⁵ 2016 wird die Schau dann in Ingolstadt im Deutschen Medizinhistorischen Museum zu sehen sein. Der genaue Termin steht noch nicht fest, er ist abhängig von der Fertigstellung des neuen Museumsanbaus,¹⁶ dessen Sonderausstellungsraum mit den ‚Praxiswelten‘ eröffnet werden wird.

Websites:

<http://www.dmm-ingolstadt.de>

<http://www.bmm-charite.de>

Literatur:

Atzl, Isabel/Helms, Roland/Neuner, Stephanie/Schilling, Ruth (Hg.): Praxiswelten. Zur Geschichte der Begegnung von Arzt und Patient, Ingolstadt 2013 (Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt, Heft 39).

Kinzelbach, Annemarie/Jankrift, Kay Peter/Ruisinger, Marion Maria: Arztpraxis im frühneuzeitlichen Nürnberg. Johann Christoph Götz (1688-1733), in: Jahrbuch für Fränkische Landesforschung 72, 2012, S. 123-149.

Dinges, Martin/Jankrift, Kay Peter/Schlegelmilch, Sabine/Stolberg, Michael (Hg.): In the doctor's office. Medical practice in 17th- to 19th-century Central Europe. (noch nicht erschienen).

¹³ Atzl: Praxiswelten.

¹⁴ Vom 24.10.13 bis 14.09.14, verlängert bis 25.01.2015.

¹⁵ Ausstellung in der Medizinhistorischen Sammlung der Ruhr-Universität, 11.04.2015-28.06.2015.

¹⁶ Der Bau ist ein Entwurf des Büros Staab Architekten, die auf dem Augsburger Campus das Institut für Angewandte Informatik gebaut haben.

ISSN: 0948-4299